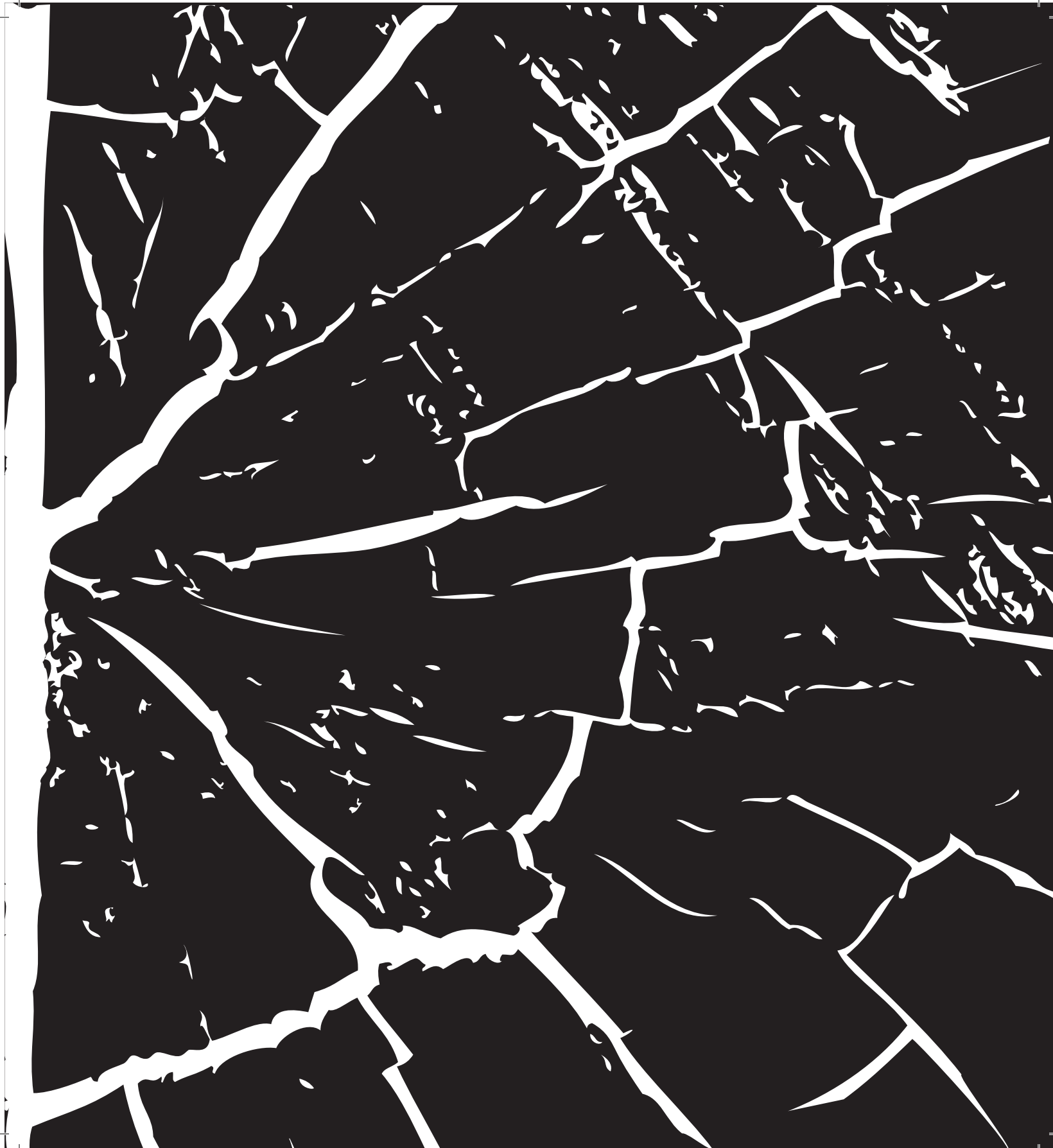


MANUAL ... *títono*

PARA O
ATENDIMENTO
DE PESSOAS
IDOSAS VÍTIMAS
DE CRIME E DE
VIOLÊNCIA



.....

AGRADECIMENTOS

Agradecemos o apoio financeiro da Direcção-Geral de Saúde e da Fundação Montepio, imprescindíveis para que o Projecto TÍTONO pudesse existir. Bem como a parceria da Faculdade de Psicologia da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, cuja monitorização e avaliação largamente apoiam o desenvolvimento e o bom sucesso do mesmo.

Em particular, agradecemos a Carlos Poiars, da Faculdade de Psicologia da Universidade Lusófona; e a Paula Guimaráes, da Fundação Montepio, consultores do Projecto TÍTONO. Também a José Félix Duque e a Frederico Moyano Marques (APAV).

ISBN 978-972-8852-32-0

Manual Títono - Apoio a Pessoas Idosas Vítimas
de Crime e de Violência

2010 © APAV - Associação Portuguesa de Apoio à Vítima

APAV
Rua José Estevão, 135 - A
1150-201 Lisboa
Portugal

Tel. +351 21 358 79 00
Fax +351 21 887 63 51

apav.sede@apav.pt
www.apav.pt

TÍTONO, na mitologia clássica, era filho do rei Laomedonte de Tróia e de Estrimo, filha do deus-rio Escamandro. A sua beleza atraiu Eos, a Aurora, que se apaixonou por ele e o raptou. Casaram e nasceram-lhes dois filhos, Mémnon e Emátion. Porém, enquanto Eos conservava uma juventude eterna, Títono, por ser mortal, começou a envelhecer e, pouco a pouco, começou a adoecer. Eos conseguiu então que Zeus, o pai dos deuses, lhe concedesse a imortalidade. Por falta de reflexão, Eos não pediu também a juventude eterna para Títono. Este não morreu, mas envelheceu continuamente, enfraquecendo. Chegou ao ponto de ficar pequeno como uma criança, sendo necessário que Eos o transportasse num cesto. Esta, desolada, conseguiu, por fim, libertar o marido, transformando-o em cigarra.



Índice

AGRADECIMENTOS	2	CAPÍTULO II	109
ÍNDICE	5	ATENDIMENTO (PREVENÇÃO SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA)	109
APRESENTAÇÃO	7	ATENDER AS PESSOAS IDOSAS VÍTIMAS	109
		O ATENDIMENTO PRESENCIAL	112
PARTE I – COMPREENDER	9	COMUNICAÇÃO E EMPATIA	114
		ATENDIMENTO TELEFÔNICO	117
CAPÍTULO I	11	ATENDIMENTO POR ESCRITO	119
O ENVELHECIMENTO	11	O PROCESSO DE APOIO À VÍTIMA	121
INTERPRETAÇÕES	18	O PRIMEIRO ATENDIMENTO	121
DIFERENTES ABORDAGENS	24	AUTONOMIA DA VÍTIMA	125
ENVELHECIMENTO NORMAL E ENVELHECIMENTO PATOLÓGICO	27	INTERVENÇÃO NA CRISE E INTERVENÇÃO CONTINUADA	126
		APOIO JURÍDICO	134
CAPÍTULO II	41	A VÍTIMA IDOSA E O PROCESSO PENAL	135
PESSOAS IDOSAS VÍTIMAS DE CRIME E DE VIOLÊNCIA	41	NOTÍCIA DO CRIME	135
ALGUMAS DEFINIÇÕES	44	PROVA TESTEMUNHAL	139
DIFERENTES TIPOS	45	PROTECÇÃO DE TESTEMUNHAS	141
ALGUNS CONTEXTOS SOCIOCULTURAIS DA VITIMAÇÃO	50	O ASSISTENTE	142
VIOLÊNCIA DOMÉSTICA	55	PEDIDO DE INDEMNIZAÇÃO CIVIL	144
FACTORES DE RISCO	56	SISTEMA DE ACESSO AO DIREITO E AOS TRIBUNAIS	146
CARACTERÍSTICAS DAS VÍTIMAS	59	VERTENTES DO SISTEMA	146
CARACTERÍSTICAS DOS AGRESSORES	63	INSUFICIÊNCIA ECONÓMICA	147
ALGUNS CRIMES PRATICADOS CONTRA AS PESSOAS IDOSAS	67	COMO PROCEDER PARA OBTER PROTECÇÃO JURÍDICA	149
		CANCELAMENTO E CADUCIDADE DA PROTECÇÃO JURÍDICA	153
PARTE II - PROCEDER	73	INDEMNIZAÇÃO PELO ESTADO A VÍTIMAS DE CRIMES VIOLENTOS	154
		INDEMNIZAÇÃO PELO ESTADO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA CONJUGAL	159
CAPÍTULO I	75	O INTERNAMENTO COMPULSIVO	160
IDENTIFICAÇÃO DA VITIMAÇÃO: OBSTÁCULOS	75	O DIREITO A ALIMENTOS	166
INDICADORES DA VITIMAÇÃO DE PESSOAS IDOSAS	79	MAIORES EM SITUAÇÃO DE INCAPACIDADE	169
INDICADORES GERAIS E ESPECÍFICOS	83	DIAGNÓSTICO CLÍNICO	170
INDICADORES DE VITIMAÇÃO EM INSTITUIÇÕES	90	DIAGNÓSTICO SOCIAL	170
DIFERENTES NÍVEIS DE PREVENÇÃO	99	GESTÃO DE NEGÓCIOS DE UMA PESSOA INCAPAZ	172
O PAPEL DOS PRESTADORES DE CUIDADOS		APOIO PSICOLÓGICO	173
(PREVENÇÃO PRIMORDIAL E PRIMÁRIA)	101	REFERENCIAIS DO APOIO PSICOLÓGICO	174
OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE (PREVENÇÃO SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA)	106	PRINCÍPIOS OPERATIVOS	175

APRESENTAÇÃO

O Manual TÍTONO – Para o Atendimento de Pessoas Idosas Vítimas de Crime e de Violência é um produto do Projecto TÍTONO – Apoio a Pessoas Idosas Vítimas de Crime e de Violência, desenvolvido pela Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV), com o apoio financeiro da Direcção-Geral de Saúde e pela Fundação Montepio; e com a parceria da Faculdade de Psicologia da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.

A APAV tem vindo, desde a sua fundação, em 1990, a apoiar emocional, jurídica, psicológica e socialmente pessoas idosas vítimas. Foi desde sempre um desafio complexo, sobretudo por ser particularmente difícil o contacto com as vítimas, quer porque o silêncio das próprias era um obstáculo, quer porque a sociedade portuguesa ainda não estava consciente do problema. Já desde meados dos anos 80 que vários profissionais o denunciavam, sobretudo assistentes sociais e profissionais de saúde, que contactavam directamente com as pessoas idosas. O tema foi abordado com especial relevo no Ano Internacional das Pessoas Idosas – 1999, o que contribuiu para uma maior afirmação da sua gravidade e para apelar a uma melhor intervenção por parte dos próprios profissionais, já que muitas seriam as pessoas idosas a não ser abordadas quanto a uma possível vitimação, designadamente aquando da sua passagem por unidades de Saúde.

Actualmente, apesar de se notar uma maior preocupação, o desafio permanece. Profissionais como médicos, enfermeiros, agentes policiais, assistentes sociais, entre outros, vêm-se confrontados diariamente e têm necessidade de conhecimentos específicos sobre vitimação e também de linhas de orientação para desenvolverem a sua prática com qualidade.

Para eles apresentamos o Manual TÍTONO. Trata-se de um conjunto de temas considerados essenciais para compreender o problema (Parte I) e de algumas orientações para o desenvolvimento de um processo de apoio (Parte II). Entendemos, deste modo, que não

.....

.....

se pode realizar um bom trabalho sem fazer um equilibrado balanço entre o saber teórico e o saber prático. Também entendemos ser importante ter formação em grupo, com profissionais de outras áreas. Assim, poderão ser melhor exercitadas as competências e desenvolver os conhecimentos dos profissionais. Por esta razão, o Projecto TÍTONO também inclui cursos de formação.

Maria de Oliveira

Projecto TÍTONO
Lisboa, 17 de Agosto de 2010

O Manual TÍTONO é um manual incompleto. É fundamental que os profissionais pesquisem, estudem e recebam formação contínua sobre a vitimação das pessoas idosas. A sua intervenção será certamente mais eficaz, não deixando de se constituir como fonte de realização, não apenas profissional, como também humana.

.....

Parte I
...
COMPREENDER



Capítulo I

Parte I
...
COMPREENDER

O ENVELHECIMENTO

Na União Europeia, como em muitas outras partes do mundo, as sociedades estão a ver-se confrontadas com o desafio do envelhecimento. Diminuiu a mortalidade e aumentou a esperança média de vida. Avanços tecnológicos significativos ao nível médico e farmacêutico permitiram o prolongamento dos anos, mesmo em situação de doença crónica. Hoje, vive-se muito mais tempo que no passado. Se é um novo desafio para a vida em sociedade, não deixa de ser também uma realidade problemática.

É que, em contrapartida, baixou a natalidade, gerando-se desequilíbrios ao nível demográfico e social. Não há novas gerações capazes de corresponder positivamente às necessidades de apoio de que necessitam as pessoas idosas. As profundas alterações que a composição e as dinâmicas familiares sofreram desde a Revolução Industrial impuseram modelos menos capacitados, e menos inclusivos, dos mais velhos no seio da sua família mais próxima, geralmente composta por núcleos autónomos de descendentes – filhos, netos e bisnetos – a quem se substituem cada vez mais as instituições e os serviços para garantirem o apoio antes prestado directamente pelos parentes.

Os centros residenciais – vulgarmente conhecidos por *lares* – são uma alternativa cada vez mais procurada pelas famílias, assoladas por uma grande variedade de problemáticas associadas ao envelhecimento: dependência de cuidados de saúde específicos, dificuldades económicas, doenças e outras. A sua qualidade, no entanto, está aquém do que seria desejável, sobretudo ao nível da formação dos profissionais que neles desempenham o papel de prestadores de cuidados. Não serão poucos os que, escapando ao controlo/fiscalização por parte das autoridades, acolhem pessoas idosas na clandestinidade, gozando da cumplicidade de famílias e comunidades.

Várias famílias procuram um lugar para deixar os seus elementos mais velhos em centros residenciais. Em certos casos, esta poderia ser uma solução evitada, mas que parece a mais

confortável para algumas famílias.

Há actualmente a impressão de que as pessoas idosas perderam o lugar de honra e a dignidade que os seus antepassados tinham em relação às gerações mais jovens das suas famílias alargadas. Hoje, tornam-se como que *objectos a mudar de posição*, sem que possam sequer manifestar uma opinião válida sobre o seu próprio destino. Por vezes, os familiares chegam a disputar entre si uma herança que ainda não receberam ou gerem arrogantemente os bens da pessoa idosa, que ainda não lhes pertencem; ou tentam abster-se das suas responsabilidades familiares atirando-as para outros membros da família.

Outras famílias, porém, assumem a prestação de cuidados como dever e como exercício de afectos, esforçando-se por implicar uma rede de solidariedade familiar em torno das fragilidades ou dependências dos seus elementos idosos. A atitude destas famílias inscreve-se numa tradição cultural de unidade familiar, a qual é assumida por todos os elementos e implicando sacrifício e dedicação, mas também a satisfação e o prazer de ter entre si um pai ou mãe idosa, um avô ou avó, um bisavô ou bisavó, ou até tios e primos idosos, nunca excluídos.

Também não são poucos os casos de pessoas idosas que, não tendo família ou não beneficiando de boas relações com os seus parentes, vivem numa solidão que lhes fragiliza a segurança, a saúde, o bem-estar e a qualidade geral de vida.

As políticas sociais devagar têm vindo a definir a imagem das pessoas idosas como cidadãos indefesos e constituintes de uma categoria social e economicamente dependente. As políticas de combate ao desemprego, por exemplo, ao anteciparem a idade de reforma, posicionaram nela numerosos adultos, cuja vida activa passou a definir tendencialmente aquela que se entende por idade social da velhice¹. E, assim, a idade de reforma passa a ser entendida como idade social da velhice, arrastando consigo toda uma conotação negativa de incapacidade e inutilidade das pessoas idosas, uma vez que já não poderão produzir.

1 . Veja-se DIAS, Isabel, «Envelhecimento e Violência Contra os Idosos», págs. 249-276. In <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/3731.pdf>, a 16 de Setembro de 2009.

Industrializadas, as sociedades contemporâneas tendem a remeter a pessoa não produtiva para as margens e, para os mais velhos, a segregação acarreta custos não só ao nível social, mas sobretudo ao nível psicológico. Se a sociedade não aposta neles por considerá-los menos válidos, eles próprios tendem a ver-se assim e a remeter-se para o isolamento social, acentuando a sua fragilidade física progressiva, desenvolvendo problemas de saúde mental (como a depressão e a ideação suicida); e a sua exposição a inúmeros infortúnios, entre eles a insegurança, o crime e a violência.

Há hoje uma visão pessimista do envelhecimento. Apesar de se constatar que é uma realidade significativa em termos demográficos e sociais, as sociedades europeias continuam a não facilitá-lo enquanto processo natural. Continua a ser perspectivado como uma experiência de vida que, mesmo sendo inevitável para todos os seres humanos, é vista como indesejável e, se não evitável, como susceptível de negar ou camuflar.

Num mundo onde a doença e a morte são excluídos sistematicamente dos discursos e repelidos das imagens, o envelhecimento, sendo-lhes associado, é uma realidade negativa. Com efeito, nunca se buscou tanto a *mítica fonte da juventude*². Parecer jovem é hoje o desejo, a angústia e até o desespero de muitos. A juventude, ou a imagem da juventude, ascendeu a valor espiritual, material e simbólico. O culto do corpo saudável, belo e jovem, enfim, da imagem jovial em todo o seu impossível esplendor de outrora, é para muitos adultos uma forma de negação do seu próprio envelhecimento e, logo, uma negação da sua finitude, ou seja, da própria natureza humana.

A moda, a frequência de ginásios, o consumo de tratamentos de beleza e o recurso a cirurgias estéticas passou a ser recorrente, não se circunscrevendo apenas aos grupos sociais economicamente mais favorecidos, mas sendo tentada também pelos que não o são. O que poderia ser visto como supérfluo passará, em muitos casos, ao que é essencial. Busca-se a *ageless*, aparência física e hábitos quotidianos que não denunciem uma idade avançada. Pretende-se que haja uma certa dúvida a pairar sobre a real idade que uma pessoa tem.

2. Cit. DIAS, ob. cit.,
pág. 250.

Trata-se de uma atitude perigosa, quer pela rejeição do processo de envelhecimento como experiência vital de todos os seres humanos, experiência que, para mais, é a realidade de um crescente segmento da população, quer porque as gerações mais novas começarão a pôr em causa os papéis e as solidariedades atribuídas às diferentes idades da vida. Os mais velhos, além de inúteis, serão vistos como feios, passados de moda, desinteressantes e desajustados quanto ao fulgor de uma sociedade em que a pessoa vale sobretudo pelo que tem e pelo que aparenta ter; e onde, claro está, têm mais e parecem ter mais aqueles que ainda se iludem com o poder de investir contra o inexorável processo de envelhecimento, doença e morte dos seres humanos.

É difícil envelhecer num mundo que se empenha em ser jovem, parecer jovem. Os custos desta atitude cultural cada vez mais instituída são múltiplos, mas situam sempre as pessoas idosas nas franjas da sociedade.

Como o seu estatuto não depende jamais das suas conquistas pessoais, mas do que a sociedade na sua mais variada e indomável complexidade determina, as pessoas idosas vêm serem-lhes definidos possibilidades e interesses sem grande margem de manobra³. Começou então a falir a crença recente de que havia uma *Idade de Ouro* correspondente à *Terceira Idade*, na qual as pessoas idosas eram finalmente recompensadas pelos duros anos de luta e de conquista da sua juventude.

Nesta crença, que conseguiu manter-se estável por muitas gerações das sociedades tradicionais, a velhice não era, no entanto, assim tão valorizada e reconhecida: nelas, a velhice também significava, num oposto, a impotência e a inutilidade. Em alguns casos, as pessoas idosas eram abandonadas ou mesmo mortas. A violência contra os mais velhos não é, pois, um fenómeno exclusivo das sociedades industrializadas⁴.

A imagem da velhice tem sido construída de diferentes maneiras ao longo da História das sociedades ocidentais. Na Grécia Antiga, por exemplo, valorizava-se pouco a velhice,

3. Cfr. DIAS, ob. cit.

4. Veja-se DIAS, Isabel, 2004, *Violência na Família. Uma Abordagem Sociológica*, Porto, Edições Afrontamento, pág. 141.

vista como triste e até ridícula. Na época romana, houve dois períodos distintos no que diz respeito aos mais velhos: um favorável, no qual resplandecia a figura do *Pater Familias*; e outro desfavorável, a do Império Romano, que a rejeitava, segregando os mais velhos como símbolo da falência da vida, como próximos da morte pela fraqueza das suas capacidades físicas e intelectuais.

Esta parece ter sido a tendência até ao Renascimento. Até ao final do século XVII foi promovido um verdadeiro culto da juventude, mantendo-se este padrão, que afectou largamente a própria estética e, de um modo bastante incisivo, o modo como eram considerados os mais velhos – seres decrépitos à espera da morte. No século XVIII deu-se uma revalorização da velhice que prosseguiu até às Luzes, pelas quais começou a desenvolver-se alguma legislação no sentido de fazer frente a alguns problemas que afectavam os mais velhos, sobretudo dos mais desprotegidos.

A partir do século XIX surgiram novas instituições, com a finalidade de reinserir socialmente as pessoas idosas: asilos, recolhimentos e hospitais tentam dar respostas eficazes, mas acabaram por contribuir para o isolamento das mesmas. A institucionalização passou a ser uma realidade comum e esta contribuiu para que a velhice fosse vista como uma espécie de *doença social*⁵.

Nesta sequência, no início do século XX emergiu de novo uma imagem negativa da velhice, associada à improdutividade. A industrialização, a urbanização, os desenvolvimentos científicos e tecnológicos, o declínio do patriarcalismo e a redução da vida familiar ao núcleo dos pais e seus filhos menores ou solteiros, bem como a criação de uma idade de reforma, foram acontecimentos importantes para o sucesso do que se pode chamar de *hipótese da modernização*⁶. Esta surgiu para justificar o declínio das percepções do papel das pessoas idosas nas sociedades, criando um estatuto social de dependência na velhice.

Possivelmente sustentados por esta hipótese, os discursos negativos sobre a velhice du-

5. Cfr. PAÛL, Maria Constança, 1997, *Lá para o Fim da Vida. Idosos, Família e Meio Ambiente*, Coimbra, Edições Almedina, pág. 19.

6. Veja-se CORRALIZA RODRÍGUEZ, José António, 2004, «Vejez y Sociedad: Dimensiones Psicossociales», in FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, Rocio (coord.), *Gerontología Social*, Madrid, Ediciones Pirâmide, pág. 234, cit. DIAS, ob. cit.

raram até aos anos 80 do século XX, acentuando sobretudo situações de pobreza, de isolamento social, de doença e dependência das pessoas idosas.

Do ponto de vista demográfico só a partir dos anos 50 do Século XX o envelhecimento começou a ser estudado, sobretudo como resultado do já referido desenvolvimento científico e tecnológico, mas também do desenvolvimento económico atingido por países europeus e norte-americanos. Definir a velhice e estabelecer uma idade cronológica para ela foi uma dificuldade. Em 1972, a Organização Mundial de Saúde definiu-a como o período da vida durante o qual o enfraquecimento das funções mentais e físicas se faz sentir cada vez com mais intensidade do que em períodos anteriores da vida⁷.

Neste contexto, foram surgindo algumas organizações de defesa dos direitos das pessoas idosas, cujo trabalho foi esboçando um novo entendimento sobre a velhice, bem como a melhoria geral das condições de vida e com o bem-estar dos mais velhos – promovendo um novo conceito de *lar para a terceira idade*, desenvolvendo os sistemas de saúde e da prestação de cuidados e de serviços. Preconizavam uma intervenção social e politicamente integrada e a ideia de que as pessoas idosas devem orientar a sua vida por vias de satisfação pessoal, num gozo dos interesses e dos lazeres que compensará todo o tempo em que, na sua vida profissional, não o permitiu.

Os desafios foram sendo os de interessar os mais velhos para a ocupação dos muitos tempos livres com actividades agradáveis, saudáveis e educativas, considerando-se que a aprendizagem se estendia ao longo do ciclo da vida, não se limitando às idades activas do ponto de vista profissional. Assim, era prevenido o isolamento das pessoas idosas, a depressão e a entrega a uma vida desligada das esferas sociais, culturais e políticas.

As pessoas idosas eram finalmente vistas como válidas, mas o futuro não era – nem seria à até à actualidade – um cenário totalmente positivo. Demarcadas da medicalização do processo de envelhecimento que entretanto foi ganhando terreno, bem como das visões

7. Cfr. HOGART, J., 1977, *Vocabulaire de la Santé Publique*, Organização Mundial de Saúde (OMS).

mais reducionistas, os discursos otimistas sobre as pessoas idosas dirigiram-se para a ideia de que existia um segmento de população de *peessoas menos jovens*, que, não sendo propriamente produtoras, eram potenciais consumidoras de bens e serviços específicos.

Projectaram-se, assim, certos ideais da velhice como tempo de aperfeiçoamento da sabedoria adquirida nas décadas activas da vida, de libertação das cargas e preocupações de toda uma vida de trabalho, de apropriação do tempo disponível para actividades de lazer refinadas: criaram-se academias especiais para pessoas idosas (as *universidades da terceira idade* e *academias sénior*) e operacionalizou-se o conceito de *turismo sénior*, convidando os mais velhos a usar serviços especializados para fazer viagens nunca antes conseguidas⁸. Surgiu o conceito de *envelhecimento activo*, segundo o qual as pessoas idosas podem envelhecer num estilo de vida activo, com prática de desportos, actividades de lazer, actividades culturais, em mobilidade constante.

As pessoas idosas passaram a ser olhadas como essenciais para a manutenção das economias familiares, bem como condição de evolução de magnitudes macroeconómicas (por exemplo, os fundos e planos de poupança) – esses *novos velhos* da sociedade actual, os que possuem algum poder de compra, podem contribuir significativamente para o desenvolvimento económico. Activos, disponíveis, consumidores, estes são os *velhos jovens*, distantes da imagem decrépita das pessoas idosas isoladas e condenadas ao processo de envelhecimento visto negativamente pela cultura contemporânea. Pelo menos até haver, por parte destes consumidores, a capacidade de consumir, associada ao gozo de plenas capacidades intelectuais e de uma considerável motricidade.

8. Veja-se CORRALIZA RODRÍGUEZ, ob. cit., in FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, ob. cit., cit. DIAS, ob. cit.

INTERPRETAÇÕES

Como interpretar o envelhecimento? Domínio mais rico em factos que em teorias, onde a pesquisa tem sido sobretudo orientada para a resolução de problemas concretos, têm surgido também diversas abordagens teóricas que explicam o envelhecimento, transformando-o em objecto disciplinar. A sua diversidade, porém, tem impossibilitado a emergência de quadros conceptuais mais estabelecidos⁹.

A Biologia, a Psicologia, a Sociologia e a Antropologia são ciências que, entre outras, têm vindo a estudar e a conceptualizar o envelhecimento. Como é evidente, nenhuma delas, por si só, pode dar resposta à complexidade deste objecto de estudo.

A Sociologia, por exemplo, tem explicado o envelhecimento como construção social¹⁰; e a Psicologia, tem vindo a especializar-se na área como *Psicologia do Envelhecimento*¹¹.

De qualquer modo, tanto a Sociologia como a Psicologia do Envelhecimento são amplamente devedoras de outras áreas científicas, como a Medicina ou a Biologia. O próprio Trabalho Social é dependente de todas as ciências sociais e humanas.

Já a Gerontologia é a disciplina que, reunindo hoje numerosos investigadores e especialistas em todo o mundo, e de áreas científicas variadas, tem por objecto de estudo todas as modificações morfológicas, fisiológicas, psicológicas e sociais consecutivas à acção do tempo no organismo – a esta acção chamamos *envelhecimento* –, independentemente de qualquer fenómeno patológico¹². Concorrem para a Gerontologia ciências como a Sociologia e a Psicologia do Envelhecimento, que é considerada ramo da Psicologia e da própria Gerontologia¹³.

Assim, interessa-nos perceber o envelhecimento, primeiramente, como uma *construção social* – como é evidente não para apontar a Sociologia como ciência única ou principal, mas

9. Cfr. DIAS, ob. cit., pág. 254.

10. Vejam-se, entre outros, ALEXANDRE FERNANDES, Ana, 1997, *Velhice e Sociedade*, Oeiras, Celta Editora.

11. Veja-se, entre outros, PAÚL, ob. cit.; DA LUZ DIAS FERNANDES CUSTÓDIO DOS SANTOS, Purificação, 2000, *A Depressão no Idoso. Estudo da Relação Entre Factores Pessoais e Sitacionais e Manifestações da Depressão*, Coimbra, Edições Quarteto; FONTAINE, Roger, 2000, *Psicologia do Envelhecimento* (1.ª ed.), Lisboa, Climepsi Editores; BARROS DE OLIVEIRA, José, 2005, *Psicologia do Envelhecimento e do Idoso*, Porto, Legis Editora/Lippisic.

12. Cfr. FONTAINE, ob. cit., Introdução, pág. XV.

13. Cfr. Idem, pág. XVI.

para compreender o envelhecimento no contexto sociocultural, inscrito na História das sociedades ocidentais. Estaremos, depois, interessados em compreender minimamente os contributos da Psicologia do Envelhecimento para localizar os mais velhos como pessoas dotadas de um desenvolvimento psíquico e de comportamentos a não descurar no mesmo terreno de apoio às pessoas idosas enquanto vítimas de crime e de violência.

Das teorias sociológicas mais representativas, podemos apontar fundamentalmente para três – a Teoria da Desvinculação; a Teoria da Subcultura; e a Teoria da Modernização¹⁴:

1) A Teoria da Desvinculação, também chamada Teoria do Desinvestimento, foi a primeira teoria, desenvolvida nos anos 60. Afirmava que o indivíduo se desvincula da sociedade ao longo do seu processo de envelhecimento – ou seja, desinveste dos papéis sociais que antes representava, centrando-se mais no Eu e envolvendo-se menos social e emocionalmente. Assim, está a preparar-se funcionalmente para a morte, para a substituição geracional. Foi uma teoria com larga repercussão ao nível da definição de políticas sociais e acabou por influir sobre as próprias representações que ainda hoje temos sobre a velhice. Não deixou de ser alvo de muitas críticas, acabando por ser substituída;

2) A Teoria da Subcultura defende que as pessoas idosas são um grupo isolado na sociedade e que possuem a sua própria cultura, marcada pelo isolamento. Esta pode ser tão poderosa, ou mesmo mais poderosa, que a própria pertença a uma classe ou género. Esta teoria tenderá a responsabilizar as próprias pessoas idosas pelo próprio isolamento.

3) A Teoria da Modernização. Quanto à terceira teoria, esta explica que a industrialização (ou modernização) de uma sociedade vem causar mudanças ao nível do estatuto social das pessoas idosas, que perdem os seus papéis sociais em função das alterações introduzidas pela ciência e inovação tecnológica. As sociedades actuais

14. Veja-se FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, ob. cit., cit. DIAS, ob. cit.

.....

substituíram a tradição e, assim, as pessoas idosas passaram a figurar como não produtivas, vistas em comparação com os indivíduos que, noutras fases do ciclo da vida, podem assumir papéis activos. Esta teoria, apesar de tentar um grande rigor na sua análise das grandes mudanças sociais, sofre da falta de estudos em diferentes culturas que a validem transversalmente.

As teorias do envelhecimento não se esgotam aqui e, na sua variedade, podem ser vistas segundo uma classificação de níveis macro e micro, ao nível da análise sociológica.

As teorias de nível *macro* têm estado sobretudo no campo da Demografia, da Sociologia e da Antropologia. Analisam sobretudo em analisar as implicações do envelhecimento ao nível da implementação de políticas sociais, da prestação de cuidados de saúde e das exigências feitas ao Estado no sentido de os garantir. Nestas teorias, destaca-se a do Estruturalismo, que preconizou a análise da universalidade das transições demográficas; e a Teoria da Modernização, que se suportou no argumento estruturo-funcionalista e normativo para explicar a desvalorização das pessoas idosas nas sociedades actuais; ou a Teoria dos Grupos de Interesse, que apontou a emergência de grupos de interesse baseado na idade ou com ela relacionados, e com poder de pressão política.

Já as teorias de nível *micro* debruçam-se na análise dos valores, preferências e atitudes das pessoas idosas ao longo da vida. A Teoria dos Papéis, por exemplo, reconhece que o declínio dos papéis funcionais é tomada como algo de inevitável e que, assim, ficam injustificados todos os esquemas e estratégias de integração das pessoas idosas em papéis sociais mais definidos.

A Teoria Económica da Escolha Racional é outro exemplo: as pessoas idosas enfrentam o envelhecimento como processo natural, mas este também deriva do comportamento individual. Os indivíduos têm tendência a maximizar as recompensas em detrimento dos custos; interagem voluntariamente em mercados para obterem benefícios para todos. As mudan-

.....

ças demográficas levam a mudanças económicas com implicação ao nível dos mercados e da capacidade de oferta e de procura por parte das pessoas idosas. O conceito de escolha racional é essencial nesta teoria – a reforma pode ser, para muitos, uma escolha racional.

A Teoria da Troca sucede à anterior, tendo sido amplamente aplicada ao estudo da família e, assim, às pessoas idosas. Estes, entende, possuem poucos recursos para efectuar trocas com as outras gerações. E, assim, geram-se desequilíbrios ao nível das relações entre mais novos e mais velhos.

As teorias baseadas no Eu e na Identidade valorizam a intencionalidade dos indivíduos como construtores da sociedade. A Teoria da Continuidade, por exemplo, defende que apesar das alterações ao nível da saúde e do funcionamento do indivíduo, assim como do seu contexto social, um grande segmento das pessoas idosas goza, ao longo do tempo, de uma certa consistência no que diz respeito aos seus padrões de pensamento, nas suas actividades e relações sociais. O envelhecimento, assim, acontece num uso contínuo dos papéis, que, desempenhados pelo mesmo Eu ao longo do tempo, mantêm a continuidade. Esta, apesar da evolução própria do envelhecimento, garante uma certa adaptação.

O Interaccionismo Simbólico e a Fenomenologia Social apontaram para o perigo de medicalização do processo de envelhecimento decorrente de certas políticas sociais. Entendem que estas políticas não podem determinar comportamentos e padrões na velhice e que os indivíduos interagem entre si e com as políticas sociais ou não. Ou seja, independentemente das políticas sociais influírem nos entendimentos sobre o envelhecimento, cada indivíduo pode ou não assumir o destino da sua própria velhice, atribuindo-lhe significados ao nível pessoal. A singularidade aponta para uma autodeterminação do Eu, mesmo no contexto de um processo de envelhecimento inexorável.

Algumas teorias tentam a conciliação dos níveis macro e micro. São exemplo a Teoria do Ciclo Vital e as Perspectivas Feministas. A Teoria do Ciclo Vital preocupa-se com o estudo

.....

do envelhecimento ao longo da vida – da concepção à morte.

Trata-se de o entender como uma continuidade da existência humana, dando prioridade aos estudos longitudinais em detrimento dos estudos transversais. Aponta para alguns aspectos importantes como um balanço entre ganhos e perdas relacionados com crescimento (ganhos) e declínio (perdas); ou para o declínio de algumas funções psicológicas do indivíduo, ao passo que outras não; ou para a existência de uma certa capacidade de reserva ao longo do ciclo de vida, permitindo compensar as perdas.

Por fim, as diferenças existentes de pessoa idosa para pessoa idosa conduzem a diferentes formas de envelhecimento: normal, patológico ou com êxito. É uma teoria que alguns situam no âmbito das teorias psicológicas do envelhecimento¹⁵.

Sejam radicais, liberais ou socialistas, as Perspectivas Feministas apontam para diferenças significativas entre homens e mulheres no que diz respeito ao processo de envelhecimento, onde uma série de desigualdades e de poderes se encontram desequilibrados. Assim, a velhice, como outros aspectos sociais, é entendida como *assunto das mulheres* – além de serem demograficamente mais afectadas pela velhice, são também mais as mulheres a prestar cuidados às pessoas idosas.

As Perspectivas Feministas recusam a visão estruturo-funcionalista da divisão sexual do trabalho doméstico e estudam o estatuto das pessoas idosas na sociedade, em especial o das mulheres idosas. O envelhecimento é visto com um *processo de género*, conceito que introduzem na sua análise para renovarem a teoria social, a qual passou a debruçar-se sobre as relações de idade, ao trabalho doméstico das mulheres (incluindo o das idosas), que passou a ser integrado no ciclo de vida, e, logo, no trabalho.

Um dos aspectos que as Perspectivas Feministas procuram combater, como o faz a Gerontologia, é do da imagem estereotipada das pessoas idosas na sociedade, veiculada, por

15. Cfr. FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, ob. cit., págs. 47-48, ob. cit. DIAS, ob. cit.

exemplo, pela Publicidade e pela Comunicação.

Assim, apontam para a relação existente entre uma imagem enfraquecida das pessoas idosas e as próprias representações que a sociedade vai construindo sobre a velhice. Aparentam também que esta imagem gera processos de intimidação e de violência contra as pessoas idosas, sobretudo contra as mulheres.

Apesar de ter sido ideologicamente definido pela Gerontologia, o movimento *Anti-ageism* (que poderíamos traduzir grosseiramente por *Anti-idadeismo*) foi muito influenciado pelas Perspectivas Feministas. Este movimento combate um conjunto de preconceitos contra as pessoas idosas, dos quais resultam processos de estigmatização e segregação social¹⁶.

A Teoria da Actividade, partilhada pela Sociologia e pela Psicologia e devedora ao Interaccionismo Simbólico, salientou, no final dos anos 40, a importância da actividade para um envelhecimento saudável. Influenciou notavelmente as políticas sociais.

O conceito de *envelhecimento activo* é devedor desta teoria. Consolidado ao longo dos anos 90, foi reiterado publicamente, e refere-se ao conjunto de esforços para prolongar o envelhecimento enquanto participação económica dos indivíduos, adiando o mais possível a sua passagem à inactividade ou o final das suas carreiras profissionais¹⁷.

Muitas são as teorias sociológicas do envelhecimento. Reclamam, no entanto, a criação de modelos integrados que tenham em conta as variáveis existentes no processo de envelhecimento – médicas, psicológicas, sociológicas, demográficas, e outras¹⁸.

16. Veja-se VINTON, Linda, «Violence Against Older Women», in RENZETTI, Claire; JEFFREY, L. Edleson; KENNEDY BERGEN, Raquel (Eds.), 2001, *Sourcebook on Violence Against Women*, California, Sage, pág. 180, cit. DIAS, ob. cit.

17. Veja-se NÓBREGA PESTANA, Nuno, 2003, *Trabalhadores Mais Velhos: Políticas Públicas e Práticas Empresariais. Contributos Para Uma Política Nacional do Envelhecimento Activo*, Lisboa, Direcção-Geral do Emprego e das Relações de Trabalho, Ministério da Segurança Social e do Trabalho (MTST).

18. Cfr. DIAS, ob. cit.

DIFERENTES ABORDAGENS

Ao nível da Psicologia, como anteriormente referimos, esta tem vindo a especializar-se na sua abordagem da velhice como Psicologia do Envelhecimento, enformando, em parte, a Gerontologia enquanto campo científico especializado no envelhecimento e em todas as questões relacionadas com as pessoas idosas. A Psicologia do Envelhecimento é, por assim dizer, o contributo específico da Psicologia para a Gerontologia¹⁹.

Disciplina com diversos métodos e abordagens, a Psicologia do Envelhecimento centra-se no ser humano e compara a estrutura e o funcionamento dos diferentes domínios psicológicos da criança, do adulto e da pessoa idosa. Estuda a *senescência* (envelhecimento normal); e a *senilidade* (envelhecimento patológico), em diferentes dimensões psicológicas – inteligência, linguagem, memória, personalidade, etc. Não rejeitando qualquer dimensão psicológica, é susceptível de actuar em muitos domínios relacionados com as pessoas idosas: melhoria de qualidade de vida; adaptação dos postos de trabalho (em particular na indústria); combate aos efeitos negativos da idade; e ainda o comportamento perante a morte, seja na perspectiva de quem vive um processo de luto na velhice, ou de quem, sendo pessoa idosa, enfrenta um processo de agonia e a inevitabilidade da sua própria morte²⁰.

Quanto à senescência, a Psicologia do Envelhecimento estuda as suas causas endógenas e exógenas, segundo o conceito de *idade*. No que toca à senilidade, estuda as psicopatologias associadas ao envelhecimento, como a Doença de Alzheimer e a Depressão, que atingem numerosas pessoas idosas e, consequentemente, a sua qualidade de vida e a dos seus familiares e amigos (prestadores de cuidados informais) e também a dos prestadores formais de cuidados.

Também na Psicologia do Envelhecimento há diversos entendimentos sobre o envelhecimento, enformando diferentes enquadramentos teóricos, ou abordagens. Existem três abordagens principais do fenómeno do envelhecimento, que conduzem os investigadores

19. Cfr. FONTAINE, ob. cit., Introdução, pág. XVI.

20. Cfr. Idem, págs. XVI-XVII.

a metodologias e considerações teóricas muito diferentes.

1) Abordagem Experimental. A primeira é a Abordagem Experimental, que não estuda o envelhecimento em si, mas usa-o para confirmar modelos de funcionamento gerais, em especial o cognitivo. São considerados aspectos como o sexo, o nível de escolaridade, o estado de saúde, que afirmam que o envelhecimento é um fenómeno homogéneo, isto é, um fenómeno que acontece de modo idêntico às pessoas²¹.

2) Abordagem Diferencial. A segunda é a Abordagem Diferencial, também chamada Abordagem Desenvolvimentista, que, ao contrário da Abordagem Experimental, não concebe o fenómeno do envelhecimento como homogéneo, mas como heterogéneo. A questão central está em perceber por que razão algumas pessoas sofrem consequências negativas do envelhecimento (a senilidade) e outras não. Factores como o sexo, o nível de escolaridade, o estado de saúde, a geração a que pertence, não são para neutralizar e devem ser considerados em estudo, podendo ser designados como *preditores* do envelhecimento de uma pessoa²².

3) Abordagem Genética. A terceira abordagem é a Abordagem Genética, que recolhe os seus modelos das teorias do desenvolvimento psicológico da criança. Um dos conceitos mais elementares é o de *fase*. Assim, a ideia principal é a de que o desenvolvimento de uma criança se processa por estádios ou fases, numa sucessão inexorável. As idades de passagem de uma fase a outra não são rígidas, mas estatísticas. Aplicado ao envelhecimento, o modelo genético utiliza as fases do desenvolvimento para descrever o funcionamento psicológico das pessoas idosas.

Uma ideia bastante enraizada nas culturas das sociedades ocidentais, pelo menos durante o século XX, foi a de que as pessoas idosas como que regrediam a fases da sua infância à medida que envelheciam. Trata-se de uma ideia redutora, mas que influi no modo como são tratadas as pessoas idosas pelos seus prestadores de cuidados – como crianças de-

21. Veja-se FONTAINE, ob. cit., págs. 48-55.

22. Cfr. Idem, pág. 56.

sprovidas de poder de decisão sobre as suas próprias vidas. Este tipo de tratamento está instituído não só nas famílias, mas também nas próprias instituições. A *infantilização* não só afirma de modo mais ou menos implícito que as pessoas idosas já não são totalmente adultas, como as ridiculariza. Não sendo raras as vezes em que os próprios visados se indignam com tal tratamento, os familiares e/ou prestadores de cuidados sentem-se injustiçados com a reacção.

Com efeito, é do ponto de vista científico, um pressuposto errado. No âmbito da Abordagem Genética, estudou-se a possibilidade de os mais velhos regredirem a fases inferiores do seu desenvolvimento psicológico, como que percorrendo um caminho de regresso ao ponto de onde tinham partido, à génese da sua vida. Conclui-se que não é correcto pensar que tal possa suceder durante o envelhecimento, pelo menos com todas as pessoas idosas, uma vez que existem características específicas em cada uma²³.

A Abordagem Genética coloca também uma questão importante: a da descontinuidade ou continuidade do envelhecimento. Um modelo contínuo supõe que as mudanças que ocorrem durante o envelhecimento são de natureza quantitativa. Por exemplo, uma pessoa idosa teria menos memória, mas teria a mesma memória que uma pessoa jovem. Pelo contrário, um modelo descontínuo aponta para mudanças de natureza qualitativa ou estrutural. Neste caso, as pessoas idosas terão menos memória, mas ao mesmo tempo uma memória estruturada de um modo distinto da de uma pessoa jovem²⁴.

Estas abordagens procuram esclarecer de modo distinto o processo de envelhecimento. Evidentemente, apresentam lacunas e rasgam desafios. Uma será devedora à anterior. Importa considerar que para compreender o envelhecimento na actualidade será necessário percorrer com detalhe os estudos realizados no âmbito destas abordagens, o que se recomenda, tanto aos que desejam estudar para efeitos meramente teóricos, como para os que, entregues à prática, lidam todos os dias com pessoas idosas²⁵.

23. Cfr. Idem, pág. 58.

24. Cfr. Idem.

25. Recomendam-se, entre outras, as pistas de pesquisa deixadas por FONTAINE, ob. cit., págs. 58-59.

ENVELHECIMENTO NORMAL E ENVELHECIMENTO PATOLÓGICO

O que é a senescência, ou envelhecimento normal? O que é a senilidade, ou envelhecimento patológico?

A senescência implica a noção de um envelhecimento saudável, bem sucedido, com êxito²⁶.

A velhice bem sucedida está associada à reunião de três grandes categorias de condições²⁷:

- a) Baixa probabilidade de surgirem doenças, sobretudo as que põem em causa a autonomia;
- b) A manutenção de um elevado nível funcional ao nível físico e cognitivo (o que também se designa *velhice óptima*);
- c) A conservação de empenhamento social e de bem-estar da pessoa idosa.

Estes três tipos de condições podem congregam-se em proporções variáveis, de acordo com diferentes influências de desenvolvimento que as pessoas tiveram ao longo da sua vida.

Estas influências são associáveis a factores de envelhecimento. As duas primeiras são colectivas, a terceira de natureza individual. Podem ser²⁸:

- 1) Influências ligadas ao factor etário. São o conjunto das determinantes biológicas e ambientais fortemente correlacionadas com a idade cronológica, susceptíveis de predição e comuns a todos os indivíduos. Como exemplos, podemos a maturação biológica; e o aparecimento de algumas doenças sob controlo genético; a escolarização obrigatória em certas idades da vida; ou a idade da reforma fixada

26. Veja-se FONTAINE, ob. cit., págs. 148-158.

27. Cfr. Idem, pág. 147.

28. Vejam-se os estudos de BALTES, P. B., 1987, «Theoretical Propositions of Life-span Developmental Psychology: on the Dynamics Between Growth and Decline», in *Developmental Psychology*, págs. 23, 611-623, cit. FONTAINE, ob. cit., págs. 148-149.

por lei. Sobre todos estes acontecimentos, a pessoa não tem controlo – vive-os simplesmente;

2) Influências ligadas ao período histórico. As gerações vivem factos históricos diferentes. Por exemplo, as pessoas idosas de hoje viveram profundas alterações políticas, sociais e económicas nas sociedades europeias: guerras, regimes políticos opressivos, golpes de Estado, revoluções, etc. São logicamente influenciadas pelos processos históricos internacionais ou do seu próprio país, sobre os quais também não têm controlo;

3) Influências ligadas à história pessoal. Os acontecimentos da própria vida pessoal, aqueles que fazem uma biografia única e irrepetível, são influências consideráveis. Alguns podem estar parcialmente sob o controlo da pessoa, como é o caso da decisão de casar ou o de criar uma empresa (chamadas decisões de *livre arbítrio*). Outros estão totalmente fora do seu controlo, como perder um filho, ser vítima de um crime, ou sofrer de uma doença incurável. Todos esses acontecimentos podem criar um quadro psicológico único e influir notavelmente no indivíduo.

Cada pessoa é uma síntese destas influências e a sua força é diferente de pessoa para pessoa. Segundo um modelo evolutivo²⁹, as influências ligadas ao grupo etário, muito vincadas na infância declinam muito até à adolescência. Diminuem bastante durante a vida adulta e durante o envelhecimento. Os factores biológicos, na verdade, são mais determinantes durante o crescimento e na velhice.

Já as influências ligadas ao período histórico são muito poderosas na infância, atingem um ponto óptimo na adolescência e na juventude, para deixarem progressivamente de influenciar os indivíduos. Uma pessoa idosa, assim, não sente tantas influências de um acontecimento histórico aparentemente marcante para as pessoas jovens. Talvez se trate da consequência de uma certa introversão que caracterizará o envelhecimento³⁰. As pes-

29. Cfr. BALTES, ob. cit., cit. FONTAINE, ob. cit. Veja-se especialmente o esquema proposto.

30. Cfr. Segundo JUNG, o envelhecimento é caracterizado por uma introversão. Cit. FONTAINE, ob. cit., pág. 149.

soas tornam-se, assim, mais autónomas em relação aos acontecimentos históricos à medida que envelhecem.

Quanto às influências ligadas à história pessoal, de natureza não normativa, têm um efeito cada vez mais forte ao longo da vida. O envelhecimento, portanto, poderá ser visto, assim, como um processo de individualização, ou de personalização.

Algumas condições gerais podem concorrer para um envelhecimento bem sucedido³¹:

a) A saúde é a primeira condição para alcançar um envelhecimento bem sucedido. Os estudos têm revelado que, por um lado, os factores intrínsecos isolados (por exemplo, a manifestação de uma doença), embora muito importantes, não são dominantes em pessoas com mais de 65 anos; e que, por outro, os factores extrínsecos (por exemplo, a morte de um familiar) e o estilo de vida (activo ou não activo) têm, sim, um poder importante sobre as pessoas com mais de 65 anos³². Assim, o envelhecimento pode ser visto como um processo altamente moldável, isto é, susceptível de receber a intervenção externa. O apoio às pessoas idosas, tanto a superarem os efeitos negativos de factores extrínsecos como a definirem estilos de vida activos é, pois, fundamental;

b) A manutenção de um elevado nível de actividade é a segunda condição. Alguns estudos partiram do conceito de *reserva* das capacidades cognitivas e motoras de uma pessoa, não usadas na totalidade ao longo da vida, mas susceptíveis de usar em determinada situação³³. Trata-se de recursos latentes, que inclusivamente podem ser aumentados, ou desenvolvidos. Podem ser feitas aprendizagens a curto e a médio prazo por parte das pessoas idosas, ou através de práticas de exercitação. Assim, é possível tentar a manutenção de certos níveis de actividade. Estes podem concorrer para um envelhecimento bem sucedido;

31. Veja-se FONTAINE, ob. cit., págs. 150-158.

32. Veja-se sobretudo o *Swedish Adoption/Twin Study of Aging*, cit. FONTAINE, ob. cit., pág. 150.

33. Vejam-se os estudos desenvolvidos por STAUDINGER, U. M.; FREUND, A.; SMITH, J., 1993, *The Goal System: a Face to f the Resilient Self in Old Age?*, Institut Max Planck para o Desenvolvimento e a Educação Humanos, cit. FONTAINE, ob. cit., págs. 151-152.

.....

Parte I
...
COMPREENDER

.....

c) A manutenção da participação social é a terceira condição. A participação social define-se por duas componentes: a primeira é a manutenção das relações sociais; a segunda é a prática de actividades produtivas. Destas duas depende a qualidade de vida na reforma das pessoas idosas, o seu bem-estar subjectivo e a satisfação de viver. Os estudos têm demonstrado que a alegria de viver, o bem-estar subjectivo, não se degrada com a idade e que as pessoas idosas não têm uma satisfação de viver inferior à das pessoas jovens³⁴. Pelo contrário, parece que aumenta com o envelhecimento.

Sobre as relações sociais e a actividade produtiva, são sobejamente conhecidos os efeitos negativos que o isolamento e a ausência de relações podem ter numa pessoa. Um dos mais nefastos é sofrer de comportamentos suicidas.

Estudos com pessoas idosas sobre o isolamento e a ausência de relações com os outros sugerem conclusões idênticas³⁵. Três grandes proposições emergem destes estudos:

- 1) O isolamento social é um factor de risco para a saúde;
- 2) Os apoios sociais, sobretudo os de natureza emocional e prática, podem ter efeitos positivos na saúde;
- 3) Não existe um apoio universal eficaz para todos os indivíduos, já que o factor mais determinante é a apropriação do apoio por parte do próprio indivíduo – isto é, se a pessoa não o acolher, se não o tomar por bem vindo, dificilmente surtirá efeito sobre a sua saúde.

Muitas pessoas sentem-se inúteis e que a sua actividade social não é produtiva. Uma pessoa não é considerada velha pela família e amigos enquanto mantiver actividades socialmente produtivas³⁶. Estas actividades são exclusivamente associadas a uma remuneração.

.....

34. Vejam-se, sobretudo, os estudos de CAMERON, P., 1975, «Mood as an Indicant of Happiness: Age, Sex, Social Class and Situational Psychology», in *Journal of Gerontology*, 3, págs. 216-224, cit. FONTAINE, ob. cit., pág. 154.

35. Vejam-se os estudos de ANTONUCCI, T. C.; KAHN, R. L.; AKIYAMA, H., 1989, «Psychosocial Factors and the Response to Cancer Symptoms», in YANCIK, R. & YATES, M. (eds.), *Cancer in the Elderly: Approaches to Early Detection and Treatment*, 40-52, Nova Iorque, Springer, cit. FONTAINE, ob. cit., págs. 154-155.

36. veja-se o estudo de KAUFMAN, S. R., 1986, *The Ageless Self: Sources of Meaning in Late Life*, Adison, WI, University of Wisconsin Press, cit. FONTAINE, ob. cit., págs. 154-155.

.....

Outros estudos apontam para a valorização de actividades informais, ligadas ao voluntariado social ou actividade política, contabilizadas em horas de trabalho das pessoas idosas reformadas enquanto contribuintes³⁷.

O envelhecimento coloca às sociedades actuais o desafio de não desperdiçar o empenhamento das pessoas idosas enquanto produtoras, mesmo depois da reforma. Como voluntárias, podem contribuir validamente para o desenvolvimento económico, social e cultural das comunidades em que se inserem.

As pessoas idosas são também convidadas a não desperdiçar o tempo de reforma, que lhes confere inúmeras oportunidades. Isto depende do tipo de atitude que têm durante a reforma, do modo como a percebem e vivenciam. São variadas as atitudes, mas podemos apontar a seguinte classificação³⁸:

- 1) O primeiro tipo é o da Reforma-retirada. A pessoa idosa que tem esta atitude *fecha-se no seu ser biológico*, retirando-se do campo social e espacial. Concede mais tempo ao sono que à actividade, tendendo a estabelecer rotinas. Limita os seus conhecimentos a poucas pessoas e não produz nada que o mantenha em relação activa com o meio ambiente. Pratica uma espécie de *morte social*;
- 2) O segundo é o da Reforma da Terceira Idade. A reforma faz parte do tecido social através de actividades produtivas, que não se resumem a simples passatempo. São essenciais na sua organização do tempo e estão no centro dos seus interesses;
- 3) O terceiro é o da Reforma de Lazer ou Família. A reforma integra-se socialmente através de actividades de consumo em ambiente de família ou de lazer. A pessoa idosa beneficia geralmente da coabitação ou da vizinhança dos filhos e da companhia dos netos, em cuja educação participa, designadamente através do pagamento dos seus estudos. A pessoa idosa detém poder económico para auxiliar os seus filhos

37. Veja-se o estudo produzido pelo Americans Changing Lives (ACL), cit. FONTAINE, ob. cit., págs. 154-155.

38. Veja-se o estudo de GUILLEMARD, 1970, cit. FONTAINE, ob. cit., págs. 155-156.

nesse encargo, ou para o gozo de férias familiares, actividades culturais, desportivas, passeios, viagens. Apesar de ser uma atitude que traz sentimentos de satisfação à pessoa idosa, que se sente integrada na família, não deixa de a expor a sentimentos depressivos, resultantes da vivência de tensões familiares;

4) O quarto é o da Reforma-reinvidicação. A pessoa idosa junta-se ou gera grupos de pressão relacionados com a luta de direitos e de um estatuto melhor para as pessoas idosas na sociedade. É uma atitude relacionada com o sentimento de pertença a um segmento da sociedade pouco valorizado e que, por isso, deve unir-se em causas comuns;

5) O último é o da Reforma-participação. A pessoa idosa participa socialmente através do consumo televisivo. Está ligada aos acontecimentos, mas esta não é uma actividade produtiva. O sentimento é o de um envelhecimento mal sucedido, inútil. O sedentarismo que implica é um risco para a sua saúde.

Esta classificação aponta a relação existente entre o envelhecimento bem sucedido e a participação social das pessoas idosas, através sobretudo da prática de actividades produtivas. Com efeito, outros estudos comprovaram que existe um nexo entre o isolamento e o sedentarismo das pessoas idosas e uma esperança de vida muito menor em relação às pessoas reformadas e integradas socialmente³⁹.

Vimos, a traço grosso, o que é a senescência, ou envelhecimento normal, apontando problemas e desafios.

E, quanto à senilidade, ou envelhecimento patológico, o que é?

A senilidade implica a noção de um envelhecimento não saudável e, logo, mal sucedido – por exemplo com psicopatologias, como a Depressão ou a Doença de Alzheimer, que

39. Veja-se o estudo de HOUSE, J. S., LANDIS, K. R. & UMBERSON, D., 1988, «Social Relationships and Health», in *Science*, 241, págs. 540-545, cit. FONTAINE, ob. cit., pág. 156.

afectam muitas pessoas idosas⁴⁰.

Alguns estudos apresentam seis características do processo patológico numa pessoa⁴¹:

- a) A primeira é a degradação da auto-estima;
- b) A segunda é o declínio da adaptação da própria representação à realidade;
- c) A terceira é a diminuição do domínio do ambiente;
- d) A quarta é a perda de autonomia, que tem tendência para aumentar os efeitos negativos do envelhecimento;
- e) A quinta é a emergência de desequilíbrios na personalidade;
- f) Por fim, a sexta e última é o declínio da capacidade de mudança que permite a uma pessoa relacionar-se saudavelmente com a sociedade e como os seus valores, ou seja, ter a capacidade de adaptar-se à realidade da sociedade actual sem a rejeitar, considerando-a decadente em relação à sociedade que se conheceu durante a juventude.

O que é a Depressão? Como saber que uma pessoa está deprimida?

A Depressão caracteriza-se, sobretudo, por progressivas alterações na saúde mental: humor diminuído ou oscilante; falta de energia; baixa auto-estima; perturbações do sono (insónia, por exemplo); e incapacidade para efectuar as tarefas diárias. Uma pessoa deprimida também vive, frequentemente, um isolamento social, uma vez que tende a sentir-se desengradada e diferente dos outros.

40. Veja-se FONTAINE, ob. cit., págs. 159-173.

41. Veja-se o estudo de BIRREN, J. E. & RENNER, V. J., 1980, «Concepts and Issues of Mental Health and Aging», in BIRREN, J. E. & SLOANE, R. B. (eds.), *Handbook of the Psychology and Aging*, 3-33, Englewood Cliffs, NJ Prentice-Hall, cit. FONTAINE, ob. cit., pág. 159.

Quanto mais demorarem o diagnóstico e o tratamento, maior será o rasto de destruição que a depressão vai deixando na vida diária da pessoa doente. Não se confunde a depressão com *estados gerais de tristeza* (pela morte de alguém, por exemplo): a depressão é uma doença complexa, dominadora, e pode estabelecer-se cronicamente se não for combatida.

A Depressão é ainda caracterizada por sintomas de ansiedade. O doente vive súbitos momentos de angústia, sentindo-se psicológica e fisicamente perturbado, por vezes sem saber a origem da perturbação.

As perturbações de pânico, que são manifestações extremas de ansiedade, caracterizam-se pelo desenvolvimento de ataques inesperados de medo intenso quando o doente é colocado em determinadas situações particulares, ou devido ao medo de experimentar novos ataques (quando anteriormente sofridos). A causa exacta que desencadeia os ataques de pânico varia de doente para doente, bem como a sua frequência. Podem ocorrer quando enfrenta situações especialmente difíceis. No entanto, podem também ocorrer em situações comuns, nas quais supunha nem ser possível sucederem, por serem, à partida, pouco susceptíveis de causar ansiedade. O doente não consegue controlar a sensação de medo, emergente, rápido e violento. Tem dificuldade em respirar, sentindo tensão e constrangimento nos músculos do tórax. O ritmo cardíaco aumenta. Também sente dificuldade em articular o pensamento num raciocínio lógico, bem como em ter noção equilibrada do tempo e do espaço em que se encontra.

Tem ainda dificuldade em expressar-se verbalmente, não conseguindo pronunciar as palavras, ou construir frases muito longas (até porque não está a usufruir de uma adequada respiração). Durante o ataque, a pessoa sente que está entregue a uma espécie de manifestação física superior às suas forças. Frequentemente, mantém-se a vigência da ansiedade, sentindo-se os seus efeitos negativos, por exemplo, dores de cabeça, cansaço extremo nos membros e dores musculares, particularmente no peito, por vários dias.

A fobia social é outra das características da Depressão. Está associada a um medo persistente de estar inserido em situações sociais diversas (por exemplo, estar num restaurante, num autocarro, etc.). O doente tende a evitar situações de convívio social, pois causam-lhe ansiedade ou angústia.

É, em muitos casos, aconselhável que a pessoa seja devidamente medicada e acompanhada, devendo evitar-se, sempre, que esta se medique a si própria, ou que outras pessoas, não qualificadas, o façam ou aconselhem a fazer, facilitando-lhes comprimidos e outros medicamentos, do seu próprio uso ou do uso de outrem. A pessoa precisa, geralmente, da ajuda de alguém da sua confiança para tomar correctamente os seus medicamentos, para que não suprima (por descuido ou por decisão própria) a toma sem ordem do seu médico ou psiquiatra, nem exceda a dosagem recomendada. As pessoas doentes podem obter melhores resultados quando são ajudadas por um familiar e/ou amigo a avaliar as melhoras sentidas e/ou os efeitos secundários da toma de determinada medicação. Deste modo, pode cooperar com o seu médico ou psiquiatra na alteração do protocolo seguido, ou na sua substituição.

O estado depressivo é frequente em qualquer idade. É uma ideia comum que a depressão aumenta depois dos 65 anos. Os estudos realizados não a confirmam⁴². A depressão é realmente um fenómeno frequente nas pessoas idosas, mas o aumento de doentes verificado nas consultas médicas justificar-se-á pelo aumento do número de pessoas idosas globalmente. Isto não diminui, evidentemente, a sua importância enquanto psicopatologia importante no envelhecimento⁴³.

Uma das problemáticas associadas à depressão é o suicídio. Devemos referir que nas pessoas jovens verifica-se um suicídio consumado por cada sete tentativas falhadas. Pelo contrário, nas pessoas idosas, verificam-se oito suicídios consumados por cada tentativa falhada⁴⁴.

Esta inversão parece apontar para um repetido pedido de ajuda por parte das pessoas jovens, e não um verdadeiro desejo de morrer. Já nas pessoas idosas, o caso será o de uma

42. Veja-se o estudo de NOLEN-HOEKSEMA, S., 1988, «Life Span Views on Depression», in BALTES, P. B. & LERNER, R. M., *Life-span Development and Behavior*, vol. 9, 203-241, Hillsdale, NJ, Erlbaum, cit. FONTAINE, ob. cit., págs. 161-162.

43. Veja-se DA LUZ DIAS FERNANDES CUSTÓDIO DOS SANTOS, *Purificação*, ob. cit.

44. Cfr. FONTAINE, ob. cit., pág. 164.

vontade real de terminar a sua vida. Isto terá relação com factores relacionados com as dificuldades sentidas pelas pessoas idosas, particularmente quando têm doenças muito graves, incuráveis ou crónicas. O suicídio das pessoas idosas pode estar realmente relacionado com estados depressivos, sobretudo durante processos de luto, por exemplo pela morte do cônjuge; ou, frequentemente mais difícil, o luto pela morte de um filho ou neto, que, na chamada *ordem natural da vida*, não deveria morrer antes dos seus ascendentes.

O tratamento da Depressão beneficia hoje de numerosos progressos ao nível psiquiátrico. Pode ser realizado através de uma farmacologia adequada, utilizando dois tipos de medicamentos: os antidepressivos e os inibidores. Estes podem ser complementados com novas formas de psicoterapia, que, no tratamento da Depressão, poderão ser terapias cognitivas. Estas baseiam-se na premissa de que as nossas dificuldades psicológicas não derivam directamente dos acontecimentos da vida, mas da representação que temos deles. O psicoterapeuta auxilia na construção de novas representações, mais positivas, de determinado acontecimento.

Alguns programas realizados com pessoas idosas em terapia cognitiva tiveram sucesso⁴⁵. As suas finalidades eram ajudá-las a reencontrarem um nível funcional de actividade; a identificarem as suas representações negativas; a modificarem-nas; e, por fim, a construírem uma rede social de apoio. Os trabalhos psicoterapêuticos foram realizados em grupo e as várias sessões semanais tinham diferentes temáticas.

Quanto à Doença de Alzheimer, esta enquadra-se no grupo das demências. Segundo a Organização Mundial de Saúde, uma demência é uma alteração progressiva da memória e da ideação, suficientemente grave para limitar as actividades da vida diária, que dura por um período mínimo de seis meses e está associada à perturbação de pelo menos uma das funções seguintes: cálculo, julgamento, alteração do pensamento abstracto, praxia, gnosia ou modificação da personalidade⁴⁶.

45. Veja-se o programa da Universidade de Otava, no Canadá, cit. FONTAINE, ob. cit., págs. 162-163.

46. Cit. FONTAINE, ob. cit., pág. 164.

Existem várias classificações de demência. Uma das mais clássicas diferencia demências pré-senis, que surgem antes dos 60 anos; e demências senis, que aparecem depois desta idade. A Demência, ou Doença de Alzheimer, tal como foi descrita no início do século XX, é do tipo pré-senil. Esta classificação tem como critério a idade.

Outras classificações têm como critério a sintomatologia e aqui podemos distinguir entre demências reversíveis ou irreversíveis. As primeiras podem ser tratadas com alguma regressão, ainda que com episódios demenciais; as segundas são incuráveis.

No tipo de demências irreversíveis e degenerativas estão, por exemplo, a Doença de Parkinson, a Doença de Pick, a Doença de Creutzfeld-Jakob, a Doença de Huntington e a Doença de Alzheimer. Também se faz referência frequente a Demências do Tipo Alzheimer (DTA).

O diagnóstico definitivo só pode ser dado após a morte do doente, através de uma autópsia cerebral, mas evidentemente existem sintomas que podem ajudar a identificá-la em vida.

As DTA têm os seguintes sintomas⁴⁷:

1) Perturbações de Memória, ou Mnésicas, a diferentes níveis: memória de trabalho (declínio muito acentuado), memória episódica (recordação livre com quedas nos desempenhos; reconhecimento com aumento acentuado dos falsos reconhecimentos; recordação indicada com efeito muito acentuado da indicação); memória semântica (queda dos desempenhos nas tarefas de denominação de objectos, de completamento de frases ou de classificação);

2) Perturbações Práxicas (Perturbações dos Gestos voluntários ou Apraxia): incapacidade de produzir um gesto a partir de uma ordem ou de um modelo; incapacidade de reproduzir um desenho; e incapacidade de se vestir;

47. Cfr. Idem, pág. 167.

- 3) Perturbações da Linguagem Falada e Escrita (Afasia): perda de vocabulário; perda de sintaxe; e incompreensão;
- 4) Perturbações Visuoespaciais: perda da orientação espacial; dificuldade de identificação visual (reconhecimento dos rostos e dos locais);
- 5) Perturbações das Funções Executivas: perturbações do julgamento; incapacidade de reconhecer o próprio estado (perturbação da metacognição); dificuldade em planificar o comportamento próprio;
- 6) Perturbações Psicoafectivas: mudança de personalidade; perturbações de humor; derivações psicóticas (paranóia, delírio, etc.); perda de sentido moral.

No plano curativo, a farmacologia tem feito progressos, mas servem apenas para atenuar os sintomas. Mas as DTA continuam a ser muito penosas para as famílias e amigos das pessoas idosas e, evidentemente, para elas próprias. A sua evolução representa uma degradação que não se extingue, uma caminhada inexorável para o fim.

Segundo os estudos realizados, sete são os estádios por que passa o doente de Alzheimer⁴⁸:

- 1) Estádio de Ausência de Declínio Cognitivo (correspondente à Fase Clínica Normal): verifica-se a ausência de queixas mnésicas e de perturbações objectivas;
- 2) Estádio de Declínio Cognitivo Muito Ligeiro (correspondente à Fase Clínica de Perda da Memória): verifica-se a queixa mnésica centrada nos nomes próprios e locais sem ligação com testes de memória. A pessoa continua a estar adaptada socialmente;
- 3) Estádio de Declínio Cognitivo Ligeiro (correspondente à Fase Clínica de Estado de Confusão): verificam-se défices mnésicos tornam-se objectivos relativamente

48. Veja-se o estudo de REISBERG, B.; FERRIS, S. H.; DE LEON, M. J.; & CROOK, T., 1988, «The Global Deterioration Scale for Assessment of Primary Degen-erative Dementia», in *American Journal of Psychiatry*, 139, 1136-1139, cit. FONTAINE, ob. cit., pág. 171.

aos testes de memória aplicados ao doente. Este começa a estar incapacitado na sua vida diária. Adota uma atitude de negação e a família vai tomando consciência da gravidade da situação;

4) Estádio de Declínio Cognitivo Médio (correspondente à Fase Clínica de Início do Estado Demencial): verifica-se a perda de autonomia do doente e a sua capacidade de aprendizagem declina fortemente. Há lacunas de memória quanto à sua história pessoal. Apesar de tudo, reconhece os rostos e locais familiares. A negação torna-se permanente;

5) Estádio de Declínio Cognitivo Medianamente Grave (correspondente à Fase Clínica de Estado Demencial): verifica-se que a pessoa deixa de estar a viver só. Não está orientada no tempo, nem no espaço. Reconhece o nome das pessoas muito próximas. Continua a ser capaz de comer e de se lavar, mas manifesta apraxias graves, em especial ao vestir-se;

6) Estádio de Declínio Grave (correspondente à Fase Clínica de Demência Profunda): verifica-se a perda da linguagem, os comportamentos tornam-se incoerentes, a perda da autonomia é total.

A partir do quinto estágio, o doente apresenta sintomas que representam riscos para si e para a sua família e amigos. Por exemplo, Francisca tinha 75 anos e sofria de Doença de Alzheimer. Confundia uma tesoura com uma caixa de fósforos. De cada vez que queria usar a tesoura, acendia um fósforo. Um dia, ateou os papéis que tentava cortar.

A prestação de cuidados a doentes de Alzheimer é um desafio para as suas famílias, quer seja por razões económicas, quer seja por razões emocionais. Frequentemente, buscam nos serviços sociais e nos de saúde apoio na prestação destes cuidados.



Capítulo II

Parte I
...
COMPREENDER

PESSOAS IDOSAS VÍTIMAS DE CRIME E DE VIOLÊNCIA

Ao envelhecimento está associado o fenómeno do crime e da violência praticados contra as pessoas idosas.

O reconhecimento de que os mais velhos eram vitimados foi lento, mas é hoje um fenómeno cada vez mais evidente dentro do actual processo de envelhecimento populacional mundial.

Só no início dos anos 80 do século XX é que começou a ser reconhecido como um grave problema social, vindo a público através da denúncia por parte de profissionais que trabalhavam directamente com as pessoas idosas vitimadas. Foi um tema pouco explorado e quase exclusivamente tratado pelos profissionais de saúde e pelos assistentes sociais. Talvez por isto, por ter estado sob o domínio da prática, a literatura sobre violência doméstica anterior aos finais da década de 80 e início da de 90 é relativamente escassa quanto a pessoas idosas vítimas, mesmo sendo mulheres⁴⁹. É hoje um tema altamente explorável do ponto de vista teórico, em diferentes disciplinas⁵⁰.

Na verdade, se demorou uns anos mais a ser tomado e debatido em relação a outros temas relacionados com a violência e a vitimação, terá sido porque as atenções, durante muito tempo, estiveram sobretudo voltadas para as mulheres e para as crianças. Nos anos 60 e 70, foram vários os movimentos e grupos de pressão, sobretudo feministas, que despertaram a sociedade para assuntos até então ausentes da vida pública, como a violência doméstica ou a violência sexual.

Em Portugal, a consciência social sobre fenómenos como a violência doméstica contra as mulheres desenvolveu-se num período de cerca dez anos – do final dos anos 80 aos inícios do século XXI. Apesar de, nos anos 80, muitos problemas sociais já se encontrarem assumidos pela sociedade civil e pelo Estado, esse era um problema sobre o qual ainda pesava o véu da intimidade familiar e da privacidade pessoal (aqui numa versão

49. Cfr. DIAS, ob. cit., pág. 260.

50. Em Portugal, destacamos os de DIAS, ob. cit.

perversa), na qual se reconheceu serem vitimadas sobretudo mulheres e crianças. Alheias a esta emergência não estiveram algumas organizações da sociedade civil, que, se não se adiantaram ao próprio Estado, o ultrapassaram em matéria de prevenção e combate à violência doméstica. Com efeito, essas organizações foram as pioneiras na maior das expressões desta dupla dimensão de prevenção e combate – o apoio directo às vítimas e seus familiares e amigos.

Denunciador de que estava já admitido pela sociedade e pelo Estado, de que era intolerável e de que devia ser prevenido e combatido, o fenómeno, já antes existente, passou a ser chamado na generalidade pela inequívoca designação de *violência doméstica*. Expressava-se assim o conceito de que numa família, num domicílio, podia realmente haver uma forma grave e criminosa de violência.

O Código Penal tratou de impor esta mesma denominação como título de um artigo já existente, o Artigo 152.º, agora reelaborado, onde os maus tratos físicos e psíquicos passaram a encontrar-se a par de outras condutas criminosas, como privações da liberdade ou ofensas sexuais; e foram ampliadas as relações entre autores dos crimes e vítimas, podendo estes ser cônjuges, ex-cônjuges, e pessoas do mesmo sexo com quem o autor mantenha ou tenha mantido uma relação análoga à dos cônjuges, ainda que sem habitação.

Na alínea d) deste artigo há uma referência às pessoas idosas, ou melhor, à idade da vítima de violência doméstica, ou mesmo à sua dependência, outro sinal de que o conceito de violência doméstica em Portugal, tal como em muitos outros Estados, abandonou o carácter restritivo que tinha nos anos 60 e 70, quando os movimentos feministas lhe imprimiam uma certa *exclusividade feminina*. Entender-se-ia, então, que só as mulheres e as crianças eram as principais vítimas, se não mesmo as únicas. A experiência profissional na área do apoio à vítima e os abundantes estudos e relatórios científicos demonstram hoje que não o são. Começámos também a saber que numerosas pessoas idosas, mulheres e homens, são vitimadas no seio da sua vida familiar.

Como a violência doméstica contra as mulheres, hoje muito presente na consciência social, o reconhecimento político do fenómeno da violência contra as pessoas idosas desenvolveu-se em Portugal no período de uma década. Isto é, foram necessários dez anos de constante alerta por parte de profissionais e instituições para que este fenómeno começasse a emergir do silêncio e da ignorância em que se mantinha.

Decisivo foi o Ano Internacional das Pessoas Idosas – 1999, no qual o tema da violência foi proposto pela APAV, começando a ser desenvolvido um longo trabalho de reflexão, busca de conhecimento, aproximação às vítimas, formação de profissionais e, transversalmente, foi tentado um avivamento frequente da consciência social e uma chamada de atenção dos decisores políticos.

Algumas iniciativas devem ser assinaladas, como as campanhas de sensibilização pública da APAV; a publicação de manuais de procedimentos para técnicos⁵¹; a formação de grupos de trabalho de peritos (como é o caso do Grupo de Trabalho da Direcção Geral de Saúde para a Prevenção da Violência Contra as Pessoas Idosas); e a celebração do Dia Internacional de Sensibilização Sobre a Prevenção da Violência Contra as Pessoas Idosas – 15 de Junho, promovido pela International Network for the Prevention of Elder Abuse (INPEA). Neste dia, várias entidades, públicas e privadas, apostam numa forma geral e eficaz de prevenção deste fenómeno – alertar a consciência social para a sua existência e, simultaneamente, para a sua prevenção.

A violência contras as pessoas idosas terá relação com mudanças observadas ao nível dos valores sociais e particularmente com a alteração do estatuto dos mais velhos nas sociedades actuais. Antes, gozavam de reconhecimento social, de respeito e de poder. Eram possuidores de uma particular forma de conhecimento – a sabedoria, ou o conhecimento provado ou adquirido por toda uma experiência de vida.

Terá também relação com um desnivelamento entre realidades como o aumento da es-

51. Veja-se ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE APOIO À VÍTIMA (APAV), 1999, *Manual TÍTONO. Para o Atendimento de Pessoas Idosas Vítimas de Violência*, Lisboa, APAV; e INSTITUTO PARA O DESENVOLVIMENTO SOCIAL, 2002, *Prevenção da Violência Institucional Perante as Pessoas Idosas e Pessoas em Situação de Dependência*, Lisboa, Instituto para o Desenvolvimento Social, Ministério da Segurança Social e do Trabalho.

Parte I
...
COMPREENDER

perança média de vida; os avanços médicos e farmacêuticos; as alterações demográficas e sociais não acompanhadas da criação de recursos necessários para dar resposta às novas necessidades que foram surgindo.

Será, pois, uma realidade multicausal, não implicando somente factores sociais como factores culturais, familiares e individuais. Estudos realizados em diferentes culturas e estudos comparativos entre países têm demonstrado que qualquer pessoa idosa pode ser vítimas, independentemente do seu nível sociocultural, etnia ou religião⁵².

ALGUMAS DEFINIÇÕES

Existem várias definições de «Violência», no geral; e de «Violência Contra as Pessoas Idosas», no particular. As diferentes definições espelham diferentes entendimentos conceptuais, ideológicos, culturais ou científicos sobre fenómenos tão complexos e multidimensionais.

Há ainda diferentes nomenclaturas para o mesmo fenómeno: «Maus Tratos», «Mau Trato», «Abuso», etc. Preferimos as definições de «Violência» e «Violência Contra as Pessoas Idosas» pela sua maior abrangência e por se tornarem mais claras para o Senso Comum e, naturalmente, também para os meios profissionais implicados no tema.

Refiramos as definições propostas pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Por «Violência» (no geral), a OMS entende ser:

O uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande probabilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação⁵³.

52. Veja-se MINAYO, M. C., 2003, *Violência Contra Idosos: Relevância Para Um Velho Problema*, CAD Saúde Pública, 2003, Maio-Junho, 19 (3): 783-91.

53. Veja-se ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS), 2002, *Relatório Mundial Sobre Violência e Saúde*, págs. 1-42.

Por «Violência Contra as Pessoas Idosas», a OMS, na sua «Declaração de Toronto Para a Prevenção Global do Mau Trato a Pessoas Idosas», entende ser:

O mau trato de pessoas idosas define-se como a acção única ou repetida, ou a falta de resposta apropriada, que causa dano ou angústia a uma pessoa idosa e que ocorre dentro de qualquer relação onde exista uma expectativa de confiança⁵⁴.

Refiramos ainda a definição proposta pela International Network for the Prevention of Elder Abuse (INPEA), em 1995, semelhante à da OMS:

A violência contra a pessoa idosa é um acto (único ou repetido) ou omissão que lhe cause dano ou aflição e que se produz em qualquer relação na qual exista expectativa de confiança.

DIFERENTES TIPOS

Internacionalmente, a violência contra as pessoas idosas tem sido classificada em diferentes tipos.

No entanto, é preciso ter em conta que quase nunca estes tipos surgem isoladamente.

Isto é, uma pessoa idosa quando é vitimada nunca o é apenas num dos tipos de violência, mas na combinação de um, dois, três ou todos os tipos de violência.

Ei-los:

1) **Violência Física.** Trata-se de qualquer comportamento que implique agressão física, através, por exemplo, de queimaduras, fracturas, feridas, entre outras. Apesar de se

54. Cfr. MOYA BERNAL, A. & BARBERO GUTIÉRREZ, J. (co-ord.), 2005, *Malos tratos a personas mayores. Guía de actuación*, Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad, pág. 24.

tratar de uma violência física, pode não deixar marcas visíveis no corpo das vítimas;

CASO 1: Bárbara sofre de Doença de Alzheimer. Vive com uma empregada, que assume a responsabilidade de lhe prestar cuidados, uma vez que a filha de Bárbara viaja muito e passa longos períodos fora de casa. Quando Bárbara não se recorda onde é a porta da casa de banho e sai de casa pela porta de entrada, teimando que é por ali, a empregada exaspera-se e puxa-a violentamente, obrigando-a a sentar-se num cadeirão da sala, onde a amarra. Também lhe grita e chama-lhe «Velha bruxa, sua doida», dando-lhe bofetões. Bárbara reage e tenta libertar-se das amarras. A filha nunca se apercebe destes episódios porque a mãe está incapacitada de se recordar deles. Uma enfermeira do Centro de Saúde questionou-a, então, sobre a origem das nódoas negras que Bárbara tem nos braços. Apesar de ténues, eram visíveis aos olhos de quem estivesse atento.

2) Violência Psíquica. Trata-se de qualquer comportamento que implique agressão psicológica, através, por exemplo, actos de intimidação, de humilhação, de chantagem emocional, de desprezo, de privação do poder de decisão, entre outras;

CASO 2: Maria vive num centro residencial, para onde foi obrigada pelo filho. É autónoma e tentou adaptar-se à situação, desculpando-o diante das outras pessoas idosas que ali vivem pela sua atitude: diz-lhes que compreende a preocupação do filho, que, não podendo tratar de si, vira que ali era o melhor lugar para ela viver. O filho, de cada vez que a visita, tenta convencê-la a vender a sua casa e dar-lhe o dinheiro da venda, uma vez que precisa de pagar uma dívida. Como não cede, culpabiliza-a pelos poucos sucessos da sua vida, nomeadamente pelo seu divórcio. Maria começa a ficar cada vez mais deprimida e ansiosa. Ultimamente não retém a urina durante a noite. Sente-se envergonhada e o filho humilha-a na sala de visitas, gritando que a mãe lhe dá a despesa suplementar das fraldas e que lhe desgrça a vida, que não o ajuda, que é uma egoísta.

3) **Violência Sexual**. Trata-se de qualquer comportamento que implique a ofensa da autodeterminação sexual das pessoas idosas e/ou que ofenda o seu pudor, através, por exemplo, da prática de violação, coacção sexual, exibicionismo, realização de fotografias e/ou filmes pornográficos, entre outras;

CASO 3: Ana tem 66 anos e é casada com Julião, de 70. Foi educada para ser uma esposa obediente e, por isso, sempre se sujeitou ao marido, mantendo relações sexuais mesmo sem vontade. Nos últimos meses, Ana tem sido questionada pela médica de família sobre a origem de certas nódoas negras no baixo-ventre e Ana tem ficado ruborizada, dizendo que caiu na cozinha. Acabou por contar-lhe que Julião, tendo dificuldades em manter uma erecção, deita-se sobre ela sem se despir e insiste muito numa penetração que acaba por não acontecer. Entretanto, magoa-a com a fivela do seu cinto, que vai roçando contra o ventre. Ana, entretanto, não quer regressar a casa, pois Julião ameaçou bater-lhe se contasse à médica.

4) **Negligência**. Trata-se de qualquer comportamento que implique a não satisfação de necessidades básicas, por exemplo, negação de alimentos, de cuidados higiénicos, de condições de habitabilidade, de segurança e de tratamentos médicos ou de enfermagem, bem como a administração inadequada ou irregular de medicação;

CASO 4: Joaquim vive sozinho, num casal situado perto do casal onde moram o filho e a nora. A sua relação com a nora nunca foi boa e, desde que ficou viúvo, também com o filho não se dá bem. Raramente desce da colina onde está situado o seu casal. A nora, apesar das más relações, deixa-lhe as refeições preparadas à porta da cozinha. Por vezes, os animais comem estas refeições e Joaquim não se alimenta, outras a nora não lhe prepara mais que uma refeição por dia, em pouca quantidade e pouco variada. Joaquim cai com frequência dentro e fora de casa, onde não dispõe de telefone para pedir ajuda. Também não tem água canalizada e tem dificuldades em usar o poço do casal. Não cuida da sua higiene pessoal, nem da casa.

São também apontados outros tipos de violência contra as pessoas idosas:

a) Violência Económica ou Financeira. Trata-se de qualquer tipo de comportamento que vise o impedimento do controlo, por parte da pessoa idosa, do seu próprio dinheiro e/ou dos seus bens; e/ou que visem a sua exploração danosa;

CASO 5: João tem 77 anos e vive com a filha e dois netos. A filha, divorciada há cinco anos, está desempregada; e os dois netos, adolescentes, consomem álcool e cocaína. João tem uma reforma que sustenta a família, mas isso, ao contrário de lhe dar poder e lugar na hierarquia familiar, colocou-o no lugar mais débil. Ele precisa dos cuidados da filha, pois está doente e começa a não conseguir realizar algumas tarefas básicas, como tomar banho ou vestir-se. A filha acabou por retirar-lhe a gestão da reforma, apesar de João estar no pleno uso das suas faculdades mentais. Também lhe retirou um relógio de ouro, que vendeu. Os netos, fosse para comprar álcool e cocaína, fosse para outro fim, retiraram-lhe dos dedos duas alianças e um anel de ouro. João crê estar sozinho e sem qualquer possibilidade de ajuda externa. Mesmo se a tivesse, dificilmente contaria a alguém o que se passa, por medo, vergonha e ambiguidade de sentimentos.

b) Abandono. Trata-se de qualquer comportamento que implique o abandono das pessoas idosas pelos seus familiares a situações de dificuldade e de solidão. Por exemplo, é uma realidade cada vez mais conhecida o abandono a que algumas famílias sujeitam os seus mais velhos após um internamento numa unidade de saúde. Apesar de terem já alta médica, ficam indefinidamente internados, pois os familiares ora se recusam a acolhê-los em suas casas, ora dificultam a comunicação com os serviços da unidade de saúde (designadamente os serviços sociais), atrasando ao máximo o acolhimento em suas casas. Estas situações, segundo indica a experiência das organizações não governamentais e de algumas unidades de saúde, acontecerão sobretudo nas proximidades e nos finais de grandes festas/

férias, como o Natal ou o Ano Novo. Faltam ainda estudos que no-lo demonstrem com segurança.

CASO 6: Antónia vive com a neta, o marido desta e dois netos gémeos. Está cada vez mais dependente dos cuidados da neta, a quem criou desde pequena. Sempre se deu bem com a neta, mas desde que esta casou, sente-se a mais em casa. O nascimento dos gémeos coincidiu com certa perda de mobilidade de Antónia, por ter fracturado uma perna. O marido da neta insiste que Antónia deve «ir para um lar» e, desde aí, a tensão aumenta de dia para dia. Na primeira quinzena de Dezembro, Antónia foi internada com algumas dificuldades respiratórias, por se ter constipado, uma vez que a família saiu de casa para ir às compras e deixou a janela do seu quarto aberta. Passou o Natal no hospital, bem como o Ano Novo, apesar de já ter alta médica. A família alega que não pode recebê-la por falta de espaço em casa depois do nascimento dos gémeos. A neta está de novo grávida e começou a ter problemas conjugais, por causa de várias dificuldades financeiras, da nova gravidez não planeada e, finalmente, por causa da avó, «porque a velha ainda por cima não tem reforma nenhuma de jeito e só dá trabalho».

A International Network for the Prevention of Elder Abuse (INPEA) identifica, ainda, dois tipos de violência contra as pessoas idosas que podemos indicar como sendo de nível *macro*, isto é, que perspectivam uma atitude geral que actualmente as sociedades manifestam quanto ao envelhecimento e às pessoas idosas:

- 1) **Violência Estrutural e Social.** Trata-se de qualquer comportamento político praticado por partidos, governos ou outras instituições que promova ou facilite a discriminação negativa dos mais velhos na vida social, cultural, política e económica, por exemplo, quando a falta de recursos para apoiar as pessoas idosas, a falta de rendimentos (reformas ou subsídios); de acolhimento (inexistência de subsídios para a habitação ou de equipamentos específicos) está na origem de uma marginalização

instituída das pessoas idosas numa determinada sociedade;

2) Falta de Respeito e Preconceito contra as Pessoas Idosas. Trata-se de qualquer comportamento que signifique desrespeito e discriminação negativa em relação aos mais velhos. De entre várias formas, temos a veiculação de certas mensagens na Publicidade e na Comunicação Social, mas também por instituições, e que tendam a ser *miserabilistas* (por exemplo, «Mais Avozinhos Internados neste Natal»; «Lar Já Pertinho do Céu») ou ridicularizantes (por exemplo, «Velha de Noventa Anos Ainda Arranja Namorados»). Certas imagens das pessoas idosas, sobretudo veiculadas pela Publicidade, podem ser preconceituosas ao tentar escapar a estes *miserabilismo* e ridicularização – ao apresentarem figurantes mais novos ou muito maquilhados para disfarçar as marcas naturais do envelhecimento (por exemplo, as rugas) estão promover uma visão idealizada dos mais velhos, sobretudo dos que consomem determinados produtos de estética ou de lazer. No fundo, manifestam um preconceito em relação à própria natureza e, logo, à maioria das pessoas idosas, que estão marcadas, naturalmente, pelos seus processos de envelhecimento. Ser velho passa, assim, a ser pouco estético e pouco atractivo.

ALGUNS CONTEXTOS SOCIOCULTURAIS DA VITIMAÇÃO

A violência contra as pessoas idosas praticada pelos seus próprios prestadores de cuidados ocorre, também, em contextos socioculturais que a favorecem.

Vários estudos têm vindo a apontá-los:

1) Contextos economicamente desfavorecidos. Muitos prestadores de cuidados

não têm condições económicas suficientes para prestar cuidados a um familiar idoso. As crescentes e sucessivas – por vezes, cada vez maiores – dificuldades financeiras por que vai passando podem levá-los a um maior *stress* e, logo, a uma maior propensão para a violência. Alguns filhos, por exemplo, são obrigados pelas circunstâncias a deixar os seus empregos para se dedicarem inteiramente aos seus pais idosos e doentes, o que acarreta um desequilíbrio ao nível do orçamento familiar⁵⁵. E daqui podem resultar difíceis relações de dependência mútua, como já vimos anteriormente, e que são também propiciadoras do aparecimento da violência, particularmente no seu tipo «Violência Económica ou Financeira», quando o agressor procura compensar-se, ao furtar, roubar ou exigir honorários indevidos ou excessivos à pessoa idosa pela prestação de cuidados;

2) Contextos de violência doméstica. Como já antes referimos, a violência doméstica contra as pessoas idosas pode ser, em muitos casos, um fenómeno de continuidade em determinadas famílias. As relações entre pais e filhos poderão ter estado marcadas, desde sempre, pela violência, ao ponto de esta estar internalizada nas relações quotidianas como um padrão relativamente normal. Tratar-se-á, nestes casos, de uma transmissão de modelo: os pais são violentos, os filhos tenderão a ser violentos e, quando os pais forem idosos, tenderão a vitimá-los⁵⁶;

3) Contextos com carência de apoio externo. Já anteriormente referimos que o isolamento social é um factor de risco e também uma característica de vítimas e de agressores, sempre associado à falta de apoio por parte de outros familiares, de vizinhos e de profissionais de instituições. É também, e por excelência, um contexto sociocultural favorável ao surgimento de situações de violência, quer seja nas zonas urbanas, quer seja nas zonas rurais. Em ambas, pode produzir-se um cenário bastante propício⁵⁷;

4) Contextos de tensão ou conflito familiar. Alguns estudos apontam para a as-

55. Veja-se o estudo de LAU & KOSBERG, 1979, in BAUMHOVER, L. & COLLEEN BEALL, ob. cit., pág. 41.

56. Veja-se os estudos de PILLEMER & WOLF, 1993, in BAUMHOVER, L. & COLLEEN BEALL, ob. cit., pág. 41.

57. Vejam-se os estudos de ZANIT, REEVER & BACH-PETERSON, 1990; e de KOSBERG, 1990, in BAUMHOVER, L. & COLLEEN BEALL, ob. cit., pág. 42.

sociação entre tensões e conflitos familiares e o aparecimento do fenómeno da violência contra as pessoas idosas, que são, em muitos casos, o *motivo* de tais problemas. Ou seja, frequentemente, vários membros da família discutem entre si as responsabilidades da prestação de cuidados ou criticam negativamente aquele que é considerado o prestador principal⁵⁸. Noutros casos, os familiares da pessoa idosa têm opiniões divergentes quanto ao *destino a dar-lhe*, sem sequer consultá-la sobre o mesmo. Por exemplo, vários irmãos têm opiniões diferentes sobre a mãe: uns querem enviá-la para uma instituição; outros contratar os serviços de uma equipa de apoio domiciliário; outros preferem a rotatividade da mãe pelas casas dos filhos; mas nenhum lhe pergunta o que ela própria quer fazer da sua vida e todos discutem entre si à sua frente. Não raras vezes há rupturas de relação e mesmo recurso à violência física entre irmãos, cunhados e sobrinhos. Facilmente, este contexto familiar, que desvaloriza a pessoa idosa na sua autonomia, liberdade e poder de decisão, propiciará a sua vitimação em qualquer dos destinos a que é involuntariamente remetida;

5) Contextos de perda de autonomia e de privacidade. Estudos têm demonstrado que a coabitação das pessoas idosas – e a consequente perda da sua privacidade – com as suas famílias está associada ao aparecimento de conflitos intra-familiares e, logo, pode propiciar a violência⁵⁹. Há a ideia generalizada de que as pessoas idosas devem deixar as suas próprias casas e passar a viver em casa dos seus filhos, por vezes em regime de rotatividade. Outros estudos indicam, pelo contrário, que, mesmo quando estão doentes, as pessoas idosas, na sua maioria, preferirão a sua própria casa⁶⁰. A sua autonomia ficaria mais limitada, por estarem a viver num espaço cuja intimidade não lhes pertence inteiramente.

Alguns valores e atitudes culturais podem influenciar as pessoas culturalmente e levá-las a praticar algum tipo de violência contra os mais velhos. Eis dois exemplos:

58. Veja-se o estudo de FIORE, BECKER & COPPEL, 1983, in BAUMHOVER, L. & COLLEEN BEALL, ob. cit., pág. 43

59. Veja-se o estudo de PIL-LEMER, 1985, in BAUMHOVER, L. & COLLEEN BEALL, ob. cit., pág. 43.

60. Veja-se o estudo de ANETZBERGER, 1987, in BAUMHOVER, L. & COLLEEN BEALL, ob. cit., pág. 43..

a) Preconceito em relação às pessoas idosas – Ageism. Um preconceito que já anteriormente referido: é bastante comum nas culturas contemporâneas, que desprezam as pessoas em função da sua idade avançada. Se estas são desvalorizadas na generalidade, mais facilmente as sociedades tenderão a nem sequer percepcionar a violência a que estão sujeitas, uma vez que as pessoas idosas estão nas margens dos interesses e das preocupações sociais⁶¹;

b) Preconceito em relação às mulheres idosas – Sexismo. Estudos internacionais têm apontado para as mulheres como as principais vítimas de violência contra as pessoas idosas, resultado, em parte, da desvalorização cultural e social das mulheres em função do género⁶².

São certamente muitos os «lugares» em que uma pessoa idosa pode ser vítima. Concretamente, indicamos aqui cinco, que podem ser mais comuns:

1) Na rua. A pessoa idosa pode ser vitimada quando está numa rua, tornando-se alvo fácil para diversos agressores – não só assaltantes, mas também aqueles que agem contra si com preconceito em função da sua idade (por exemplo, ir na rua e ouvir um grupo de adolescentes gritar: *Olha a velha, já nem sabe andar e ainda tem a mania de vir à loja!*);

2) Em casa, morando sozinha. Estando a pessoa idosa a morar sozinha, pode ser vitimada, quer seja por familiares que a visitam (por exemplo, por um neto toxicod dependente que visita a avó apenas quando precisa de dinheiro e opta por roubá-la), quer seja por estranhos (por exemplo, burlões ou assaltantes);

3) Em situação de incapacidade. A pessoa idosa pode estar em situação de não poder gerir autonomamente a sua pessoa e os seus bens, e sem representante legal que o faça. Está, assim, sujeita à intervenção não legitimada de familiares e/ou

61. Cfr. BAUMHOVER, L. & COLLEEN BEALL, ob. cit., pág. 43.

62. Idem.

amigos, de prestadores de cuidados (designadamente no domínio da saúde), que podem determinar (sem legitimidade, repetimos) o seu internamento, a alienação dos seus bens; ou podem cometer abusos de ordem material e financeira;

4) Em família/violência doméstica. A pessoa idosa é um dos membros mais fragilizados de uma família, a par das crianças e das mulheres. Ou desde sempre, ou a partir de um determinado momento, passa a viver com os filhos e/ou netos. Na hierarquia familiar, apesar de serem os mais velhos, raramente ocupam o lugar de topo, onde se concentram poderes tão determinantes como financeiro, organizativo, de liderança, de influência e de decisão. Como as crianças, se não abaixo das crianças, as pessoas idosas estão cada vez mais desprovidas de intervenção, sendo remetidas para a base da pirâmide familiar. Neste lugar, torna-se alvo frágil de violência doméstica.

5) Em instituições. Quando internada, ou *acolhida*, numa instituição por exemplo, uma unidade de saúde, ou, mais frequentemente, a pessoa idosa pode ser vítima. Referimos especialmente dois exemplos: quando é abandonada numa unidade de saúde pelos seus familiares, mesmo tendo alta médica para sair; ou quando vive num centro residencial, onde é vítima de uma deficiente prestação de cuidados, bem como de crimes de maus tratos, do crime de ameaça, do crime de injúria, etc.

Neste manual, teremos oportunidade de focar os contextos enunciados, mas, como referimos acima, daremos relevo ao da Violência Doméstica, que seguidamente passamos a tratar no capítulo seguinte.

.....

VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

A maioria dos estudos internacionais considera muito frequente a violência contra as pessoas idosas praticada pelas suas próprias famílias cerca de 90% dos casos acima dos 60 anos de idade ocorrem em ambiente doméstico. Demonstram também que cerca de dois terços dos agressores são filhos e cônjuges das vítimas⁶³.

Os episódios tendem a ser repetitivos e, na maioria dos casos, as próprias vítimas recusam ajuda, por receio de sofrer represálias – sobretudo de serem obrigadas a deixar a sua casa, ou a casa da sua família, para irem para um centro residencial⁶⁴.

Frequentemente, as vítimas sofrem sentimentos de culpa e baixas de auto-estima, bem como sentem vergonha. Com dificuldade pedem apoio a outros familiares, a amigos ou vizinhos; ou pedem apoio externo e/ou tomam medidas legais, uma vez que os seus agressores são seus familiares que, apesar de tudo, não querem prejudicar, nem com quem querem cortar laços. A ambiguidade emocional é uma das características mais frequentes nas vítimas de violência doméstica.

Em Portugal, a violência doméstica contra as pessoas idosas é uma realidade já reconhecida socialmente, mas ainda pouco conhecida. Parecendo paradoxal, esta afirmação é válida na experiência das organizações que têm vindo a denunciar a situação de fragilidade destas vítimas e a apoiá-las directamente⁶⁵.

Todavia, suspeita-se que muitas mais estarão por conhecer. Destas, como de outras vítimas de violência doméstica, conhecemos hoje a *ponta do iceberg*. Dado que o próprio processo de envelhecimento pode significar a vulnerabilidade física, psíquica e social de muitas vítimas, estaremos diante de um segmento da população particularmente fragilizado.

63. Vejam-se os estudos de MINAYO, ob. cit; e de KLEIN-SCHMIDT, K. D., 1997, *Elder Abuse: a Review*, Ann Emerg Med 1997 Oct; 30 (4): 463-72.

64. Veja-se PATTERSON, C., 1994, «Secondary Prevention of Elder Abuse», Canadian Task Force on the Periodic Health Examination, Ottawa, Health Canada, págs. 922-929.

65. A APAV pode testemunhá-lo em Portugal. Os dados estatísticos que tem vindo a publicar reflectem um aumento de pedidos de apoio de pessoas idosas vítimas de violência doméstica, de ano para ano. Vejam-se os relatórios estatísticos editados em www.apav.pt.

FACTORES DE RISCO

Que risco correm as pessoas idosas de serem vítimas de violência doméstica?

Os estudos realizados sobre os factores de risco de violência doméstica contra as pessoas idosas têm apontado para cinco perspectivas: a Teoria das Dinâmicas Intra-individuais; a Teoria da Transmissão Inter-geracional do comportamento violento; a Teoria das Relações de Troca e Dependência; a Teoria do *Stress*; e a Teoria do Isolamento⁶⁶.

Assim, temos:

1) A Teoria das Dinâmicas Intra-individuais considera que as pessoas idosas que estejam a viver com familiares que sofram de problemas mentais, emocionais ou de psicopatologias correm um risco elevado de serem vitimadas. O mesmo acontece quando há comportamentos aditivos, com consumos de álcool e drogas. É importante ressaltar que a investigação realizada nos últimos anos tem apontado para o facto de que este não é o único factor de risco. Esta teoria chamou a atenção, evidentemente, para o perigo que é uma pessoa idosa estar sob os cuidados de um parente que sofra destes condicionalismos;

2) A Teoria da Transmissão Inter-geracional do comportamento violento defende que a exposição à violência durante a infância, a vitimação própria durante este período e o exemplo de uma família violenta são experiências que conduzem à aprendizagem de comportamentos violentos, reproduzidos na vida adulta. A evidência tem derrubado esta teoria, uma vez que muitos adultos que foram vítimas de violência na infância ou que presenciaram situações quotidianas de violência entre os pais não têm reproduzido este modelo;

3) A Teoria das Relações de Troca e Dependência tem muita sustentação empírica

66. Vejam-se os estudos de WOLF, R. & PILLEMER, K. A., 1989, *Helping Elderly Victims. The Reality of Elder Abuse*, Columbia Press, cit. DIAS, págs. 263-265; e BAUMHOVER, L. & COLLEEN BEALL, S., 1996, *Abuse, Neglect, and Exploitation of Older Persons. Strategies for Assessment and Intervention*, págs. 9-29.

e defende que a elevada dependência das pessoas idosas quanto à prestação de cuidados por parte de familiares (sobretudo cônjuges e filhos), mas também a dependência destes em relação às prestações financeiras relativas às reformas, são factores de risco de violência. Assim, há casos em que os familiares prestadores de cuidados dependem mais das pessoas idosas que o contrário: ao nível da habitação, das posses, da prestação financeira da reforma ou de apoios financeiros pontuais (compra de um automóvel, doação de uma propriedade, etc.). Há assim um desequilíbrio nas trocas, pois as pessoas idosas, que dão muito, não só recebem cuidados pouco gratificantes, como são vitimadas. Esta teoria não será aplicável somente a situações de pessoas idosas economicamente mais favorecidas, mas também a famílias pobres, para as quais a prestação financeira da reforma dos seus mais velhos pode ter um peso considerável no orçamento familiar;

4) A Teoria do Stress defende que o stress experimentado pelos indivíduos no exterior da sua família (ou seja, na vida profissional, social, etc.) é um factor de risco para as pessoas idosas. Problemas como o desemprego, as relações amorosas frustradas, as dificuldades financeiras, o divórcio, etc., podem ser, assim, potenciadoras de *stress* e de comportamentos violentos nos indivíduos. Trata-se de uma teoria que não tem ainda suficiente sustentação empírica;

5) A Teoria do Isolamento Social considera que este é um factor de risco para as pessoas idosas. Com efeito, esta variável é muito frequente nas pessoas idosas vítimas de violência física. Nesta perspectiva, o isolamento social deve ser combatido como prevenção da violência. As redes sociais de apoio terão aqui um papel muito importante, podendo vigiar, controlar ou denunciar situações de pessoas idosas que, se não usufruíssem da presença assídua de profissionais (sobretudo profissionais de saúde e assistentes sociais).

Estas teorias remetem para factores de risco de violência contra as pessoas idosas. Todas care-

.....

cem ainda de sustentação empírica, talvez porque ainda é recente a investigação nesta área.

A estes factores de risco poderemos apontar vários outros, como a qualidade das relações entre pais e filhos durante as últimas décadas e a qualidade das relações conjugais entre casais de pessoas idosas⁶⁷. Em muitos casos, verifica-se uma continuidade da violência doméstica ao longo dos anos, acompanhando o envelhecimento de ambos os protagonistas – vítima e agressor – no mesmo padrão.

É evidente, ainda, que as pessoas idosas que enfrentam um envelhecimento patológico, sobretudo as que sofrem de demências; bem como as que sofrem de maior dependência da prestação de cuidados por outro motivo (por exemplo, outras doenças) estão mais vulneráveis.

Se, nestes casos, tivermos um familiar prestador de cuidados violento, estamos diante de uma situação de especial gravidade, uma vez que a capacidade de auto-defesa da vítima é muito limitada, bem como a possibilidade de pedir ajuda externa, denunciando a violência a que está sujeita.

A própria idade avançada da vítima; os recursos económicos e sociais de que dispõe, os baixos rendimentos; as condições de salubridade precárias; o baixo nível socioeconómico; o reduzido nível educacional; a debilidade funcional; as alterações psicológicas e a personalidade patológica; a frustração ou exaustão do prestador de cuidados; a limitação cognitiva; entre outros, têm sido factores de risco igualmente apontados⁶⁸. Sobre estes aspectos, têm sido alcançados alguns resultados ao nível do estudo das características das vítimas e dos agressores, bem como do contexto em que acontecem os episódios de violência. Vejamos.

67. Cfr. DIAS, ob. cit., pág. 265.

68. Veja-se SWARGERTY JÚNIOR, D. L.; TAKAHASHI, P. Y.; & EVANS, J. M., 1999, *Elder Mistreatment*. Am Fam Physician 1999 May 15; 59 (10): 2804-8.

CARACTERÍSTICAS DAS VÍTIMAS

Os estudos realizados nas últimas décadas têm-se focado nas seguintes características das vítimas:

1) São sobretudo mulheres. Quanto ao gênero, desde os anos 70 e 80 que os estudos revelam que são mais as mulheres que os homens vítimas de violência contra as pessoas idosas⁶⁹. Como explicação, avançaram com os seguintes aspectos: proporcionalmente, é maior o número de mulheres idosas que o de homens idosos; e a menor resistência física das mulheres em relação à violência física e sexual. Contudo, outros estudos rebateram estes resultados (pelo menos para a população dos Estados Unidos da América)⁷⁰, referindo que os homens idosos são mais vitimados pelos seguintes motivos: são geralmente mais velhos que as suas mulheres, o que os torna vulneráveis na relação conjugal; foram violentos para com as suas mulheres e filhos e agora são vitimados por estes em *retorno*; e que, sendo mais propensos a comportamentos aditivos – sobretudo, consumo de álcool – tornam-se menos capazes de perceber a situação de violência em que se encontram, não a diferenciando de um padrão normal de prestação de cuidados. De qualquer modo, é importante retermos que mulheres idosas e homens podem ser vítimas, não excluindo estes de qualquer processo de apoio, ou da simples suspeita de existência de violência;

2) São sobretudo mulheres viúvas e casadas. Muitos estudos demonstraram que a maioria das vítimas é constituída por mulheres viúvas, o que se explica pelos resultados acima mencionados: são mais as mulheres idosas vítimas, que os homens⁷¹. Outros estudos identificaram como vítimas muitas mulheres casadas, ou vivendo em situações análogas à do casamento. Isto explicar-se-á pela continuidade no tempo de relações conjugais em que a violência doméstica esteve presente desde a juventude, ou desde o início da relação;

69. Vejam-se os estudos de LAU & KOSBERG, 1979; DOUGLASS, HICKLEY & NOEL, 1980; WOLF, STRUGNELL & GODKIN, 1982; O'MALLEY, 1987; PILLEMER & FINKELHOR, 1988 cit. por KOSBERG, J. & NAHMIASH, D., in BAUMHOVER, L. & COLLEEN BEALL, ob. cit., pág. 34.

70. Veja-se o estudo de TARATA, T., 1993, «Understanding the Nature and Scope of Domestic Elder Abuse», in BRUBAKER (ed.), *Family Relationships in Later Life*, Beverly Hills, CA: Sage Publications, págs. 178-192.

71. Vejam-se os estudos de KOSBERG, 1988; e de PILLEMER & FINKELHOR, 1988, cit. por KOSBERG, J. & NAHMIASH, D., in BAUMHOVER, L. & COLLEEN BEALL, ob. cit., págs. 34-35.

72. Veja-se o estudo de KOSBERG & CAIRL, 1986, cit. por KOSBERG, J. & NAHMIASH, D., in BAUMHOVER, L. & COLLEEN BEALL, ob. cit., pág. 35.

73. Vejam-se os estudos de GODKIN, WOLF & PILLEMER, 1989; e PILLEMER & SUIITOR, 1992, cit. por KOSBERG, J. & NAHMIASH, D., in BAUMHOVER, L. & COLLEEN BEALL, ob. cit., pág. 35.

74. Veja-se o estudo de KOSBERG, 1987, cit. por KOSBERG, J. & NAHMIASH, D., in BAUMHOVER, L. & COLLEEN BEALL, ob. cit., pág. 36.

75. Veja-se o estudo de HUDSON, 1994, cit. por KOSBERG, J. & NAHMIASH, D., in BAUMHOVER, L. & COLLEEN BEALL, ob. cit., pág. 36.

76. Vejam-se os estudos de PILLEMER, 1987; e KOSBERG, 1988, cit. por KOSBERG, J. & NAHMIASH, D., in BAUMHOVER, L. & COLLEEN BEALL, ob. cit., pág. 36.

3) Têm qualquer estado de saúde. Numerosos estudos têm indicado que as pessoas idosas vítimas de violência se encontram em situação débil em termos de saúde física e mental. Associam mesmo a severidade da vitimação à gravidade da situação de saúde. Uma saúde debilitada contribuirá para o risco de vitimação, uma vez que os próprios prestadores de cuidados são confrontados com as elevadas exigências do seu papel. É consensual que os prestadores de cuidados que sofrem consideráveis níveis de *stress* sejam mais propensos a vitimar as pessoas idosas a quem prestam cuidados⁷². As pessoas idosas vítimas que sofrem de demências podem ser particularmente vulneráveis, pois não usufruem sequer do pleno uso da memória, com dificuldades acrescidas para relatar a vitimação sofrida a outrem. Mas, obviamente, também as pessoas idosas saudáveis podem ser vitimadas. Assim no-lo confirmam outros estudos⁷³;

4) Têm qualquer idade. Estudos dos anos 80 indicavam que quanto mais avançada na idade fosse a pessoa idosa, maior risco havia de ser vitimada⁷⁴. Todavia, nos anos 90, novos estudos demonstraram que também as pessoas idosas menos avançadas em idade o eram – as que tinham entre 60 e 69 anos⁷⁵. Portanto, profissionais e prestadores de cuidados em geral devem estar atentos também a esta faixa etária. A idade cronológica é uma característica pouco relevante quando abordamos o problema da violência exercida contra as pessoas idosas;

5) Têm comportamentos aditivos. Vários estudos realçaram que uma característica de muitas pessoas idosas vítimas é a vulnerabilidade que lhes vem do consumo de substâncias aditivas, como o álcool. Ao desenvolverem estilos de vida onde os comportamentos aditivos são uma constante, facilmente se tornam susceptíveis de serem vitimados, uma vez que perdem o controlo sobre os seus actos e, por outro lado, são pouco valorizados pela família e pela comunidade, que *não os leva a sério*⁷⁶. Contudo, esta característica não significa, evidentemente, que apenas aquelas pessoas idosas com comportamentos aditivos podem ser vítimas. Apenas se

tornam mais vulneráveis;

6) Vivem com a família. Muitas pessoas idosas vivem sobretudo com um parente, geralmente seu descendente, filho ou neto. Daí que, por si só, esta seja uma característica relacionada com as pessoas idosas vítimas de crime e de violência. Paradoxalmente, a família, que deveria ser uma garantia de protecção e de bem-estar não o é, proporcionando, pelo contrário, episódios de violência⁷⁷. Esta característica não significa que também outras pessoas idosas sejam vitimadas, mesmo pelos seus familiares, residindo sozinhas. Para além de poderem ser vítimas destes parentes, que as visitam e vitimam, também o são por parte de outras pessoas: prestadores formais de cuidados, profissionais de várias áreas, vizinhos, assaltantes, burlões, etc.⁷⁸;

7) Estão deprimidas ou emocionalmente vulneráveis. As pessoas que estão deprimidas ou resignadas a uma determinada situação emocional podem tornar-se vulneráveis à vitimação⁷⁹. Com efeito, algumas pessoas idosas desenvolvem uma tolerância em relação ao comportamento dos seus outros, aos quais se resignam⁸⁰. Refira-se também que as pessoas que internalizam sentimentos de culpa muito fortes em relação a determinados aspectos da sua biografia; e também as que mantêm fortes traços de lealdade para com os membros da sua família são susceptíveis de serem facilmente vitimadas⁸¹. Estas pessoas tendem a nunca pedir apoio externo para a resolução dos seus problemas⁸²;

8) Sofrem de perturbações comportamentais. Estudos apontam para a existência de perturbações comportamentais em algumas pessoas idosas vítimas⁸³. Os doentes de Doenças do Tipo Alzheimer, por exemplo, podem tornar-se agressivos, o que pode facilitar a exasperação dos seus prestadores de cuidados, já fatigados pelas exigências do seu trabalho. Um retorno da agressão pode constituir-se em vitimação. Estudos apontam para a frustração dos prestadores de cuidados, que descrevem os doentes como provocadores, antipáticos e ingratos. Alguns admitem

77. Vejam-se os estudos de FLOYD, 1983; e PILLEMER, 1986, cit. por KOSBERG, J. & NAHMIASH, D., in BAUMHOVER, L. & COLLEEN BEALL, ob. cit., pág. 36.

78. Veja-se o estudo de HARSHBARGER, 1993, cit. por KOSBERG, J. & NAHMIASH, D., in BAUMHOVER, L. & COLLEEN BEALL, ob. cit., pág. 36.

79. Veja-se o estudo de PHILLIPS, 1983, cit. por KOSBERG, J. & NAHMIASH, D., in BAUMHOVER, L. & COLLEEN BEALL, ob. cit., pág. 36.

80. Veja-se o estudo de KOSBERG, 1988, cit. por KOSBERG, J. & NAHMIASH, D., in BAUMHOVER, L. & COLLEEN BEALL, ob. cit., pág. 36.

81. Idem.

82. Veja-se o estudo de QUINN & TOMITA, 1986, cit. por KOSBERG, J. & NAHMIASH, D., in BAUMHOVER, L. & COLLEEN BEALL, ob. cit., pág. 37.

83. Veja-se o estudo de PAVEZA, 1992, cit. por KOSBERG, J. & NAHMIASH, D., in BAUMHOVER, L. & COLLEEN BEALL, ob. cit., pág. 37.

mesmo que perderam o controlo, justificando a vitimação a que sujeitaram os doentes com o próprio comportamento destes, ainda que os seus actos violentos tenham sido não intencionais⁸⁴;

9) Vivem em situação de dependência. Estudos têm demonstrado que se geram situações complexas de dependência mútua entre algumas pessoas idosas e os seus prestadores de cuidados. A elevada dependência das pessoas idosas quanto à prestação de cuidados por parte de familiares (sobretudo cônjuges e filhos), mas também a dependência económica que estes têm em relação às pessoas idosas, podem ser geradores da vitimação⁸⁵. Cresce então a hostilidade, com culpabilização da pessoa idosa pela *prisão* a que estão sujeitos (sobretudo quando o resto da família se demitiu das suas responsabilidades)⁸⁶. As vítimas sentem frequentemente impotência, vergonha e baixa auto-estima. Também praticam um *evitamento*, tentando não suscitar nos seus agressores qualquer descontrolo que resulte em episódios mais severos;

10) Vivem socialmente isoladas. Muitas vítimas, seja nas zonas rurais, seja nas zonas urbanas, vivem isoladas em relação às suas próprias famílias alargadas, à vizinhança e aos serviços de apoio disponíveis na comunidade. A sua convivência é quase exclusivamente com o(s) seu(s) agressor(es)⁸⁷. Entre poucos profissionais que têm acesso à sua existência, podemos certamente contar com os médicos e enfermeiros, chamados a intervir em algum momento ou com regularidade. Como veremos mais adiante, estes são muito importantes no apoio às pessoas idosas vítimas, mas nem sempre estão atentos ou disponíveis para tal.

84. Veja-se o estudo de GARCIA & KOSBERG, 1993, cit. por KOSBERG, J. & NAHMIASH, D., in BAUMHOVER, L. & COLLEEN BEALL, ob. cit., pág. 37.

85. Veja-se o estudo de FULMER, 1990, cit. por KOSBERG, J. & NAHMIASH, D., in BAUMHOVER, L. & COLLEEN BEALL, ob. cit., pág. 37.

86. Vejam-se os estudos de GELLES, 1974; & MADDOX, 1975, cit. por KOSBERG, J. & NAHMIASH, D., in BAUMHOVER, L. & COLLEEN BEALL, ob. cit., pág. 37.

87. Veja-se o estudo de PILLEMER, 1984, cit. por KOSBERG, J. & NAHMIASH, D., in BAUMHOVER, L. & COLLEEN BEALL, ob. cit., pág. 38.

CARACTERÍSTICAS DOS AGRESSORES

É mais comum que o(a) agressor(a) de uma pessoa idosa vítima de violência doméstica seja o seu filho ou filha. Ou seja, aquele ou aquela descendente que lhe presta cuidados, vivendo consigo ou na sua proximidade⁸⁸.

Já os(as) agressores(as) de pessoas idosas em instituições são sobretudo mulheres, que trabalham geralmente com elevado *stress*, recebendo baixos pagamentos – o que representa uma frustração profissional nada favorável ao trabalho quotidiano com as pessoas idosas acolhidas⁸⁹. As suas características são idênticas às dos(das) agressores(as) de pessoas idosas vítimas de violência doméstica.

Eis as principais características:

a) Têm comportamentos aditivos. Na literatura sobre pessoas idosas vítimas é frequente a referência a agressores que consomem substâncias aditivas, como álcool e drogas⁹⁰. São referidas as consequências negativas para as vítimas, quando os aqueles, em muitos casos, são simultaneamente os seus prestadores de cuidados. Para além de perderem o controlo facilmente, têm que tomar decisões como prestadores de cuidados e assumir as responsabilidades inerentes (por exemplo, administrar medicamentos e dar alimentação correcta, etc.), o que nem sempre estão aptos a fazer. Um filho toxicodependente que esteja num período de carência ou um neto alcoólico em ressaca, por exemplo, não estarão habilitados a prestar cuidados a uma pessoa idosa acamada a quem seja preciso dar banho ou dar uma refeição. Facilmente negligenciarão as tarefas próprias da prestação de cuidados e/ou passarão a agredir verbal e/ou fisicamente. O furto ou roubo de dinheiro e outros bens para comprar drogas e álcool poderão ser outra realidade (violência económica ou financeira) a viver pela vítima. Todavia, é preciso ter em conta que, obviamente, nem todos os agressores têm comportamentos aditivos;

88. Vejam-se os estudos de QUINN & TOMITA, 1986; WOLF, STRUGNELL & GODKIN, 1982, cit. por KOSBERG, J. & NAHMIASH, D., in BAUMHOVER, L. & COLLEEN BEALL, ob. cit., pág. 38.

89. Veja-se o estudo de GNAEDINGER, 1989, cit. por KOSBERG, J. & NAHMIASH, D., in BAUMHOVER, L. & COLLEEN BEALL, ob. cit., pág. 38.

90. Vejam-se os estudos de FLOYD, 1983; e de PILLEMER & WOLF, 1989, cit. por KOSBERG, J. & NAHMIASH, D., in BAUMHOVER, L. & COLLEEN BEALL, ob. cit., pág. 38.

b) Sofrem de perturbações mentais/problemas do foro psiquiátrico. Em vários agressores foram detectadas perturbações mentais e/ou problemas do foro psiquiátrico de longa duração⁹¹. Mas nem todos os agressores de pessoas idosas terão esta característica, que, quando aplicada indistintamente, pode levar a uma certa *desculpabilização* dos agressores ou a uma explicação simplista da violência contra as pessoas idosas;

c) Têm falta de formação/experiência na prestação de cuidados. Muitos(as) agressores(as) têm esta característica. A prestação de cuidados não pode, evidentemente, ser assegurada por quem não tem qualquer experiência, pelo menos com uma mínima qualidade. Por outro lado, geralmente não há formação disponível para as famílias, quando são elas próprias a assumir esta responsabilidade: são obrigadas a enfrentar o desafio de aprender por si e a desenvolverem estilos de prestação de cuidados nem sempre saudáveis, quer do ponto de vista da saúde física, como mental. Para muitos familiares, a prestação de cuidados é vista como uma actividade sem qualquer gratificação, ou onde a gratificação é muito reduzida. Há nela uma carência geral de motivação para a realização das tarefas que lhe são inerentes⁹²;

d) Têm relutância em assumir a responsabilidade de prestar cuidados. Muitos familiares manifestam relutância em assumir a responsabilidade de prestar cuidados aos seus familiares mais velhos. Na origem desta relutância estão problemas de relação com as próprias pessoas idosas ou problemas que afectam a estabilidade da família, por exemplo desemprego, existência de crianças pequenas e dependentes dos pais, falta de espaço em casa, etc.⁹³. Por outro lado, há famílias que tendem a sofrer de problemas de relação entre os vários membros. Estes desentendem-se facilmente quanto ao assunto da prestação de cuidados à pessoa idosa. Por exemplo, vários irmãos discutem e agredem-se entre si por causa de divergências quanto à situação de dependência da mãe, com 92 anos e cada vez menos autónoma;

91. Vejam-se os estudos de KOSBERG, 1988, cit. por KOSBERG, J. & NAHMIASH, D., in BAUMHOVER, L. & COLLEEN BEALL, ob. cit., pág. 38.

92. Idem, *ibidem*, págs. 38-39.

93. Vejam-se os estudos de KOSBERG, 1988, cit. por KOSBERG, J. & NAHMIASH, D., in BAUMHOVER, L. & COLLEEN BEALL, ob. cit., pág. 39.

e) Têm histórias pessoais de violência. Estudos têm apontado para uma maior frequência de situações de violência contra as pessoas idosas em famílias onde a violência se manifesta também sob outras formas, por exemplo, violência contra as crianças, violência conjugal, etc.⁹⁴. Os comportamentos violentos podem ser, segundo esses estudos, consequência de uma resposta aprendida ou podem resultar de motivações conscientes ou inconscientes de retribuição. Por exemplo, um homem idoso pode ser vitimado pela sua mulher, que lhe retribui *na mesma moeda* por anos em que foi ele o agressor e ela a vítima de violência doméstica. Esta espécie de retaliação pode ainda vir, noutro exemplo, por parte de filhos que na sua infância foram vitimados pela mãe e que, já adultos, têm com esta um comportamento idêntico, mas com inversão de papéis;

f) Sofrem de sobrecarga de responsabilidades e de stress. Numa época em que as famílias incluem por cada vez menos crianças e mais pessoas idosas, os membros adultos capazes de assumir a responsabilidade de prestar cuidados são sobrecarregados e, conseqüentemente, vivem sob *stress*⁹⁵. Esta realidade é particularmente observável em mulheres que, nas suas famílias, prestam cuidados a diferentes gerações: aos pais ou sogros (ou mesmo aos seus avós ou avós do seu marido) e aos seus filhos pequenos ou adolescentes. Estes prestadores de cuidados sobrecarregados e sob *stress* são propensos a tornar-se agressores⁹⁶. Os episódios de violência podem resultar do acúmulo do *stress* em várias ocasiões (por exemplo, o prestador de cuidados não tolerar mais que a pessoa idosa tenha urinado ou defecado várias imediatamente após ter sido lavada, acusando-a que o faz de propósito), ou do *stress* vivido num só evento (por exemplo, gritar e ralar com a pessoa idosa por ter entornado café num sofá)⁹⁷. Também os prestadores de cuidados formais (os que não pertencem à família, os que são profissionais de instituições) que estão sobrecarregados e sob *stress* tendem a tornar-se agressores. Juntam-se à sobrecarga e ao *stress* outros factores, como a precariedade do emprego, os baixos salários, o excesso horário e o desinteresse dos directores ou administradores dos

94. Vejam-se o estudo de GELLES, 1974; e de SENGSTOCK & HWALEK, 1985, cit. por KOSBERG, J. & NAHMIASH, D., in BAUMHOVER, L. & COLLEEN BEALL, ob. cit., pág. 39.

95. Veja-se o estudo de BRODY, 1985, cit. por KOSBERG, J. & NAHMIASH, D., in BAUMHOVER, L. & COLLEEN BEALL, ob. cit., pág. 39.

96. Veja-se o estudo de HUDSON, 1986, cit. por KOSBERG, J. & NAHMIASH, D., in BAUMHOVER, L. & COLLEEN BEALL, ob. cit., pág. 39.

97. Vejam-se os estudos de BLOCK & SINNOTT, 1979; GALBRAITH & DAVIDSON, 1985; HICKEY & DOUGLAS, 1981, cit. por KOSBERG, J. & NAHMIASH, D., in BAUMHOVER, L. & COLLEEN BEALL, ob. cit., pág. 39.

98. Veja-se o estudo de DAVIS, 1991, cit. por KOSBERG, J. & NAHMIASH, D., in BAUMHOVER, L. & COLLEEN BEALL, ob. cit., pág. 40.

99. Veja-se o estudo de FULMER, 1990, cit. por KOSBERG, J. & NAHMIASH, D., in BAUMHOVER, L. & COLLEEN BEALL, ob. cit., pág. 37.

100. Veja-se o estudo de HAMEL & al., 1990, cit. por KOSBERG, J. & NAHMIASH, D., in BAUMHOVER, L. & COLLEEN BEALL, ob. cit., pág. 40.

101. Vejam-se os estudos de REIS & NAHMIASH; SENGSTOCK & HWALEK, 1985; e QUINN & TOMITA, 1986, in BAUMHOVER, L. & COLLEEN BEALL, ob. cit., pág. 40-41.

102. Vejam-se os estudos de BENDIK, 1992; e REIS & NAHMIASH, in BAUMHOVER, L. & COLLEEN BEALL, ob. cit., pág. 41.

equipamentos⁹⁸. Estes profissionais frequentemente descrevem as pessoas idosas a quem prestam cuidados como excessivamente exigentes e como ingratas. A sobrelotação dos equipamentos, com muitas pessoas idosas incapazes e doentes de Doenças do Tipo Alzheimer conduz a situações de *burnout*, que facilmente levam a uma prestação de cuidados com menos qualidade e, em alguns casos, à violência;

g) São dependentes das pessoas idosas. Como anteriormente referimos, estudos têm demonstrado que existem situações complexas de dependência mútua entre algumas pessoas idosas e os seus prestadores de cuidados. Se as pessoas idosas dependem dos cuidados destes, também é verdade que os prestadores de cuidados dependem, em muitos casos, das condições financeiras proporcionadas por aquelas. Esta dependência pode facilitar a vitimação⁹⁹;

h) Sofrem de demências. Alguns estudos apontam para a existência de agressores que sofrem de demências ou de perturbações cognitivas, sobretudo os que são já idosos, o que a torna uma característica particularmente problemática quando as vítimas também sofrem de demências, como as Doenças do Tipo Alzheimer¹⁰⁰;

i) Têm alguns traços de personalidade facilitadores da violência. Alguns traços de personalidade têm sido associados aos comportamentos violentos: pessoas que fazem constante e intensa crítica em relação aos outros; que têm atitudes anti-páticas em relação aos outros e às suas necessidades; pessoas que culpabilizam as pessoas idosas pelas dificuldades próprias ou por problemas surgidos durante a prestação de cuidados, etc., podem fazer emergir sentimentos de desilusão, raiva, frustração¹⁰¹. Traços depressivos e, em especial, dificuldades de auto-controlo também têm sido descritos¹⁰²;

j) Têm falta de apoio. A ausência de familiares, de amigos, de vizinhos e de profissionais que possam ajudar na prestação de cuidados é uma característica dos agres-

sores, que, isolados com a vítima numa relação de dependência (por vezes mútua), tendem a perpetuar a violência. A falta de um controlo externo por parte de terceiros desprotege as vítimas. Nas instituições, são vitimadas sobretudo à noite e durante os fins-de-semana, períodos de reduzida presença e/ou circulação de pessoal técnico do equipamento, de familiares e/ou amigos das pessoas idosas¹⁰³. Referimos também outro aspecto importante desta característica: os prestadores de cuidados de pessoas idosas com doenças crónicas, por exemplo, segundo foi demonstrado, não recebem apoio psicológico, o que os torna mais propensos a terem comportamentos violentos¹⁰⁴.

ALGUNS CRIMES PRATICADOS CONTRA AS PESSOAS IDOSAS

Os conceitos de «violência física», «violência psicológica», «violência sexual», «Negligência», «Violência Económica ou Financeira» e «Abandono» correspondem, nas legislações de cada Estado, a vários crimes.

Esta correspondência poderá apresentar oscilações ou diferenças de país para país e nem todos os casos apresentam uma correspondência pacífica. Há, no entanto, semelhanças entre conceitos e crimes, os quais poderão facilitar a identificação dos mesmos no momento de compreender a pessoa idosa como vítima.

Em Portugal, poderemos apresentar alguns crimes que corresponderão àqueles conceitos, mas outros há em que seria discutível em qual deles poderíamos enquadrá-los. Interessa-nos, acima de tudo, que, sejam como conceitos, sejam como crimes, determinados actos que vitimam as pessoas idosas sejam reconhecidos e possam ser desenvolvidos, em consequência, adequados processos de apoio com vista à sua autonomização quanto aos efeitos negativos da vitimação.

103. Cfr. BAUMHOVER, L. & COLLEEN BEALL, ob. cit., pág. 41.

104. Veja-se o estudo de GOTTLIEB, 1991, in BAUMHOVER, L. & COLLEEN BEALL, ob. cit., pág. 41.

Na tabela de crimes (quadro sinóptico) que se segue apontamos alguns crimes de serão mais frequentes:

CRIME	Acção Típica	CATEGORIA	MOLDURA PENAL
Exposição ou Abandono Artigo 138º do Código Penal	Colocar em perigo a vida de outra pessoa: a) Expondo-a em lugar que a sujeite a uma situação de que ela, só por si, não possa defender-se; b) Abandonando-a sem defesa, sempre que ao agente coubesse o dever de a guardar, vigiar ou assistir.	Crime Público.	Prisão de 1 a 5 anos. Há agravações.
Ofensa à Integridade Física Artigos 143º, 144º, 145º, 146º e 148º do Código Penal	Ofender o corpo ou a saúde de outra pessoa. Grave: se da ofensa resultar: a) Privação de importante órgão ou membro ou desfiguração grave e permanente; b) Afectação grave da capacidade de trabalho, das capacidades intelectuais, de procriação ou de fruição sexual, ou a possibilidade de utilizar o corpo, os sentidos ou a linguagem; c) Provocação de doença particularmente dolorosa ou permanente, ou anomalia psíquica grave ou incurável; d) Provocação de perigo para a vida	Simples: Crime Semipúblico. Grave: Crime Público.	Simples: prisão até 3 anos ou multa. Grave: prisão de 2 a 10 anos.
Violência Doméstica Artigo 152º do Código Penal	Infligir maus tratos físicos ou psíquicos, incluindo castigos corporais, privações da liberdade e ofensas sexuais, de modo reiterado ou não, a: a) Cônjuge ou ex-cônjuge; b) Pessoa de outro ou do mesmo sexo com quem o agente mantenha ou tenha mantido uma relação análoga à dos cônjuges, ainda que sem coabitação; c) Progenitor de descendente comum em 1º grau; d) Pessoa particularmente indefesa, em razão de idade, deficiência, doença, gravidez ou dependência económica, que com ele coabite.	Crime Público.	Prisão de 1 a 5 anos. Há agravações.
Maus Tratos Artigo 152º A do Código Penal	Infligir maus tratos físicos ou psíquicos ou tratar cruelmente, empregar em actividades perigosas, desumanas ou proibidas, sobrecarregar com trabalhos excessivos, a pessoa que esteja ao seu cuidado, a trabalhar ao seu serviço ou a pessoa menor ou particularmente indefesa.	Crime Público.	Prisão de 1 a 5 anos. Há agravações.
Ameaça Artigo 153º do Código Penal	Ameaçar com a prática de crime contra a vida, a integridade física, a liberdade pessoal, a liberdade e autodeterminação sexual ou bens patrimoniais de considerável valor.	Crime Semipúblico	Prisão até 1 ano ou multa até 120 dias. Há agravações.

Coacção Artigo 154º do Código Penal	Constranger, por meio de violência ou ameaça com mal importante, a uma acção ou omissão ou a suportar uma actividade.	Crime Público Crime Semipúblico quando praticado entre cônjuges ou pessoas em situação análoga, ascendentes e descendentes, adoptantes e adoptados.	Prisão até 3 anos ou multa. Há agravações.
Sequestro Artigo 158º do Código Penal	Deter, prender, manter presa ou detida outra pessoa ou de qualquer forma privá-la da liberdade.	Crime Público.	Prisão até 3 anos ou multa. Há agravações.
Escravidão Artigo 159º do Código Penal	Reduzir outra pessoa ao estado ou à condição de escravo ou alienar, ceder ou adquirir pessoa ou dela se apossar com a intenção de a manter na situação anterior.	Crime Público.	Prisão de 5 a 15 anos.
Rapto Artigo 161º do Código Penal	Raptar outra pessoa, por meio de violência, ameaça ou astúcia, com intenção de: a) Submeter a vítima a extorsão; b) Cometer crime contra a liberdade ou a autodeterminação sexual da vítima; c) Obter resgate ou recompensa; d) Constranger a autoridade pública ou um terceiro a uma acção ou omissão, ou a suportar uma actividade.	Crime Público.	Prisão de 2 a 8 anos. Há agravações.

CRIME	Acção típica	Categoria	Moldura Penal
Coacção sexual Artigo 163º do Código Penal	A - Constranger outra pessoa, por meio de violência, ameaça grave, ou depois de, para esse fim, a ter tornado inconsciente ou posto na impossibilidade de resistir, a sofrer ou a praticar, consigo ou com outrem, acto sexual de relevo. B - Constranger outra pessoa, abusando de autoridade resultante de uma relação familiar, de tutela ou curatela, ou de dependência hierárquica, económica ou de trabalho, a sofrer ou a praticar, consigo ou com outrem, acto sexual de relevo.	Crime Semipúblico. Crime Público quando resultar suicídio ou morte da vítima ou quando for praticado contra menor.	A - Prisão de 1 a 8 anos. B - Prisão até 3 anos. Há agravações.
Violação Artigo 164º do Código Penal	A - Constranger outra pessoa, por meio de violência, ameaça grave, ou depois de, para esse fim, a ter tornado inconsciente ou posto na impossibilidade de resistir, a sofrer ou a praticar, consigo ou com outrem, cópula, coito anal ou coito oral; B - Constranger outra pessoa, abusando de autoridade resultante de uma relação familiar, de tutela ou curatela, ou de dependência hierárquica, económica ou de trabalho, a sofrer ou a praticar, consigo ou com outrem, cópula, coito anal ou oral; sofrer introdução vaginal ou anal de partes do corpo ou objectos.	Crime Semipúblico Crime Público quando resultar suicídio ou morte da vítima ou quando for praticado contra menor.	A - Prisão de 3 a 10 anos. B - Prisão até 3 anos. Há agravações.

Parte I
...
COMPREENDER

CRIME	Acção Típica	CATEGORIA	MOLDURA PENAL
Violação de Correspondência Artigo 194.º do Código Penal	Sem consentimento, abrir encomenda, carta ou qualquer outro escrito que se encontre fechado e lhe não seja dirigido, ou tomar conhecimento, por processos técnicos, do seu conteúdo, ou impedir, por qualquer modo, que seja recebido pelo destinatário; sem consentimento, divulgar o conteúdo de cartas, encomendas ou escritos fechados.	Crime Semipúblico.	Prisão até um 1 ano ou multa até 240 dias. Há agravações.
Furto Simples Artigo 203.º do Código Penal Furto Qualificado Artigo 204.º do Código Penal	Subtrair coisa móvel alheia, com ilegítima intenção de apropriação para si ou para outra pessoa.	Simples: Crime Semipúblico ou Crime Particular, se praticado por familiar próximo da vítima ou a coisa furtada tiver valor diminuto e for destinada à satisfação imediata de uma necessidade do agente ou de «familiar próximo». Qualificado: Crime Público	Simples: prisão até 3 anos ou multa. Qualificado: 1º grau - prisão até 5 anos ou multa até 600 Dias. 2º grau: prisão de 2 a 8 anos.
Abuso de Confiança Artigo 205.º do Código Penal	Apropriar-se ilegitimamente de coisa móvel que lhe tenha sido entregue por título não translativo de propriedade.	Simples: Crime Semipúblico ou Crime Particular, se praticado por «familiar próximo» da vítima ou a coisa ilegitimamente apropriada for de valor diminuto e for destinada à satisfação imediata de uma necessidade do agente ou de «familiar próximo». Qualificado: Crime Público	Simples: prisão até 3 anos ou multa. Qualificado: 1º grau: prisão até 5 anos ou multa até 600 dias. 2º grau: prisão de 1 a 8 anos.
Roubo Artigo 210.º do Código Penal	Subtrair, ou constranger a que lhe seja entregue, com ilegítima intenção de apropriação para si ou para outra pessoa, coisa móvel alheia, por meio de violência contra uma pessoa, de ameaça com perigo iminente para a vida ou para a integridade física, ou pondo-a na impossibilidade de resistir.	Público	Prisão de 1 a 8 anos. Há agravações.
Dano Artigo 212.º do Código Penal	Destruir, no todo ou em parte, danificar, desfigurar ou tornar não utilizável coisa alheia.	Simples: Crime Semipúblico Qualificado: Crime Público Se a coisa for danificada por «familiar próximo da vítima»: particular.	Simples: prisão até 3 anos ou multa. Qualificado: 1º grau - prisão até 5 anos ou multa até 600 dias. 2º grau - prisão de 2 a 8 anos.

Burla Simples Artigo 217.º do Código Penal Burla Qualificada Artigo 218.º do Código Penal	Determinar outrem, por meio de erro ou engano sobre factos que astuciosamente provocou, à prática de actos que lhe causem, ou causem a outra pessoa, prejuízo patrimonial, com intenção de obter para si ou para terceiro enriquecimento ilegítimo.	Simples: Crime Semipúblico ou Crime Particular, se praticado por «familiar próximo» da vítima. Qualificado: Crime Público.	Simples: prisão até 3 anos ou multa. Qualificado: 1º grau - prisão até 5 anos ou multa até 600 dias. 2º grau - prisão de 2 a 8 anos.
Extorsão Artigo 223.º do Código Penal	Constranger outra pessoa, por meio de violência ou de ameaça com mal importante, a uma disposição patrimonial que acarrete, para ela ou para outrem, prejuízo, com intenção de conseguir para si ou para terceiro enriquecimento ilegítimo.	Crime Público.	Prisão até 5 anos. Há agravações.
Violação da Obrigação de Alimentos Artigo 250.º do Código Penal	Não cumprir a obrigação de alimentos no prazo de dois meses seguintes ao vencimento, estando legalmente obrigado a prestá-los e em condições de o fazer; não cumprir a obrigação de alimentos, estando legalmente obrigado a prestá-los e em condições de o fazer, pondo em perigo a satisfação, sem auxílio de terceiro, das necessidades fundamentais de quem a eles tem direito. Quem, com a intenção de não prestar alimentos, se colocar na impossibilidade de o fazer e violar a obrigação a que está sujeito.	Crime Semipúblico.	Prisão até 2 anos ou multa até 240 dias.

Em termos de compreensão destes crimes e da apresentação de denúncias ou de queixas por parte das vítimas, e demais procedimentos jurídicos, estarão sempre mais habilitados os advogados e/ou juristas.

Porém, todos devemos estar adequadamente informados e agir em consonância com o enquadramento legal vigente. Na Parte II deste Manual, onde se apresentará brevemente o Apoio Jurídico, encontraremos uma explicação sucinta sobre aquele enquadramento.

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100
101
102
103
104
105
106
107
108
109
110
111
112
113
114
115
116
117
118
119
120
121
122
123
124
125
126
127
128
129
130
131
132
133
134
135
136
137
138
139
140
141
142
143
144
145
146
147
148
149
150
151
152
153
154
155
156
157
158
159
160
161
162
163
164
165
166
167
168
169
170
171
172
173
174
175
176
177
178
179
180
181
182
183
184
185
186
187
188
189
190
191
192
193
194
195
196
197
198
199
200
201
202
203
204
205
206
207
208
209
210
211
212
213
214
215
216
217
218
219
220
221
222
223
224
225
226
227
228
229
230
231
232
233
234
235
236
237
238
239
240
241
242
243
244
245
246
247
248
249
250
251
252
253
254
255
256
257
258
259
260
261
262
263
264
265
266
267
268
269
270
271
272
273
274
275
276
277
278
279
280
281
282
283
284
285
286
287
288
289
290
291
292
293
294
295
296
297
298
299
300
301
302
303
304
305
306
307
308
309
310
311
312
313
314
315
316
317
318
319
320
321
322
323
324
325
326
327
328
329
330
331
332
333
334
335
336
337
338
339
340
341
342
343
344
345
346
347
348
349
350
351
352
353
354
355
356
357
358
359
360
361
362
363
364
365
366
367
368
369
370
371
372
373
374
375
376
377
378
379
380
381
382
383
384
385
386
387
388
389
390
391
392
393
394
395
396
397
398
399
400
401
402
403
404
405
406
407
408
409
410
411
412
413
414
415
416
417
418
419
420
421
422
423
424
425
426
427
428
429
430
431
432
433
434
435
436
437
438
439
440
441
442
443
444
445
446
447
448
449
450
451
452
453
454
455
456
457
458
459
460
461
462
463
464
465
466
467
468
469
470
471
472
473
474
475
476
477
478
479
480
481
482
483
484
485
486
487
488
489
490
491
492
493
494
495
496
497
498
499
500
501
502
503
504
505
506
507
508
509
510
511
512
513
514
515
516
517
518
519
520
521
522
523
524
525
526
527
528
529
530
531
532
533
534
535
536
537
538
539
540
541
542
543
544
545
546
547
548
549
550
551
552
553
554
555
556
557
558
559
560
561
562
563
564
565
566
567
568
569
570
571
572
573
574
575
576
577
578
579
580
581
582
583
584
585
586
587
588
589
590
591
592
593
594
595
596
597
598
599
600
601
602
603
604
605
606
607
608
609
610
611
612
613
614
615
616
617
618
619
620
621
622
623
624
625
626
627
628
629
630
631
632
633
634
635
636
637
638
639
640
641
642
643
644
645
646
647
648
649
650
651
652
653
654
655
656
657
658
659
660
661
662
663
664
665
666
667
668
669
670
671
672
673
674
675
676
677
678
679
680
681
682
683
684
685
686
687
688
689
690
691
692
693
694
695
696
697
698
699
700
701
702
703
704
705
706
707
708
709
710
711
712
713
714
715
716
717
718
719
720
721
722
723
724
725
726
727
728
729
730
731
732
733
734
735
736
737
738
739
740
741
742
743
744
745
746
747
748
749
750
751
752
753
754
755
756
757
758
759
760
761
762
763
764
765
766
767
768
769
770
771
772
773
774
775
776
777
778
779
780
781
782
783
784
785
786
787
788
789
790
791
792
793
794
795
796
797
798
799
800
801
802
803
804
805
806
807
808
809
810
811
812
813
814
815
816
817
818
819
820
821
822
823
824
825
826
827
828
829
830
831
832
833
834
835
836
837
838
839
840
841
842
843
844
845
846
847
848
849
850
851
852
853
854
855
856
857
858
859
860
861
862
863
864
865
866
867
868
869
870
871
872
873
874
875
876
877
878
879
880
881
882
883
884
885
886
887
888
889
890
891
892
893
894
895
896
897
898
899
900
901
902
903
904
905
906
907
908
909
910
911
912
913
914
915
916
917
918
919
920
921
922
923
924
925
926
927
928
929
930
931
932
933
934
935
936
937
938
939
940
941
942
943
944
945
946
947
948
949
950
951
952
953
954
955
956
957
958
959
960
961
962
963
964
965
966
967
968
969
970
971
972
973
974
975
976
977
978
979
980
981
982
983
984
985
986
987
988
989
990
991
992
993
994
995
996
997
998
999
1000

Parte II
...
PROCEDER



Capítulo I

Parte II
...
PROCEDER

IDENTIFICAÇÃO DA VITIMAÇÃO: OBSTÁCULOS

Não é fácil identificar um fenómeno como a vitimação das pessoas idosas, sobretudo se for em contexto de violência doméstica, ou num de violência em instituição – está oculto pelos seus protagonistas: pelos agressores e também pelas próprias vítimas.

No entanto, a identificação é possível. É uma necessidade e uma responsabilidade profissional. Os profissionais têm a obrigação de tentar vencer as dificuldades que encontram e de detectar algum indício de que determinada pessoa tenha sido ou possa estar a ser vitimada.

Para tal, é essencial centrar-se na pessoa idosa com muita atenção e dedicação e procurar criar um ambiente de confiança que favoreça a colaboração da própria pessoa idosa. Não se trata de criar um ambiente frio de suspeita, mas um ambiente de confiança. Isto é, a pessoa idosa deve confiar no profissional, e não temer, ou ficar inibida ou mesmo sentir-se culpabilizada.

Da parte da pessoa idosa podemos, pois, encontrar alguns obstáculos, que convém saber para poder vencer¹⁰⁵:

1) Não reconhece a existência da vitimação. Frequentemente, a pessoa idosa não considera ser vítima de crime e de violência. Mostra-se reticente em admitir e, em muitos casos, nega-o perante evidências (por exemplo, ter sido espancada e, em consequência, ter muitas escoriações, mas insistir com o médico que a atende nas Urgências do hospital que caiu numa escada). Para os profissionais é, por vezes, frustrante. No entanto, é importante entendermos que:

a) A vítima teme possíveis represálias por parte do(a) agressor(a), designadamente que haja um aumento ou uma maior intensidade da vitimação; e ainda que lhe

105. Cfr. MOYA BERNAL & BARBERO GUTIÉRREZ (coord.), ob. cit., pág. 89.

sejam impedidas coisas ou acontecimentos que são importantes para o seu equilíbrio emocional: por exemplo, ver os netos ou poder ir à missa ao domingo;

b) A vítima teme que, ao revelar a existência da vitimação, o(a) agressor(a) venha a ter problemas. Em casos de violência doméstica, o agressor(a) pode ser filho ou filha, neto ou neta da vítima. Sentimentos ambíguos podem, assim, dificultar ou impedir a revelação;

c) A vítima sente-se culpada e responsável pela própria vitimação. Por exemplo, se é vitimada por um filho ou filha, pode pensar que poderia ter sido melhor pai ou mãe, ou que falhou no seu papel parental;

d) A vítima tem vergonha. Sente-se inibida por sentimentos de vergonha por não ter sido capaz de reagir e/ou de controlar a situação em que se encontra. Também pode temer que, se alguém souber, seja ridicularizada ou que a reputação da sua família seja afectada;

e) A vítima sofre chantagem emocional. Por parte da pessoa que a vítima pode haver chantagem em torno dos sentimentos da pessoa idosa. Por exemplo, pode chegar a suplicar à vítima que não revele a vitimação a outrem, dizendo *Se me ama, não me faça isso*;

f) A vítima pensa que ninguém acreditaria em si, se contasse todos os detalhes da vitimação;

2) Sofre de perda de memória ou de demências. Pode estar incapaz de informar sobre a situação em que se encontra, devido à deterioração cognitiva;

3) Não está informada sobre os seus direitos enquanto vítima de crime, nem dos

recursos disponíveis para construir um novo projecto de vida;

4) Está socialmente isolada.

5) Depende do seu prestador de cuidados/familiar, tanto na prestação de cuidados propriamente dita, como em termos económicos e afectivos;

6) Aceita a violência como uma realidade existencial, pois, em muitos casos, conheceu-a toda a vida.

Mas não são apenas as vítimas que apresentam obstáculos à identificação da vitimação. Também os próprios profissionais os apresentam. É recorrente, na nossa prática quotidiana, conhecermos dificuldades na intervenção (ou na inexistência de intervenção) de certos profissionais. Estes colocam em causa o processo de apoio, quer porque não permitem que se inicie, quer porque, uma vez iniciado, o dificultam.

Para não colocarmos nós mesmos obstáculos à identificação, quer para ajudarmos os outros profissionais a melhorar a qualidade da prestação de serviços pela qual são responsáveis, devemos conhecer alguns desses obstáculos¹⁰⁶:

1) Certos profissionais carecem de formação adequada sobre envelhecimento e sobre pessoas idosas vítimas de crime e de violência. Assim, não possuem todas as competências necessárias para fazer a identificação e para desenvolver um processo de apoio. No momento de saber se estão diante de um novo caso, não sabem como proceder; tão pouco o que fazer depois;

2) Certos profissionais não dispõem de protocolos de identificação, avaliação e intervenção para estes casos, nem uma adequada coordenação para trabalhar em equipa;

106. Cfr. Idem, págs. 92-93.

3) Certos profissionais não dispõem de meios adequados para diagnosticar de forma diferencial a vitimação quando as pessoas idosas apresentam lesões e traumatismos, ou quando apresentam problemas de desidratação, má nutrição, hipotermia e quedas;

4) Certos profissionais têm dificuldades em assumir que as famílias das pessoas idosas nem sempre lhes garantem protecção, afecto, bem-estar. Ainda que esse seja o perfil familiar idealizado por alguns familiares, na prática nem todas as famílias correspondem a esse ideal de *família perfeita*;

5) Certos profissionais são incrédulos. Muitas vezes, custa a crer a estes profissionais que os seus próprios utentes (ou pacientes, se forem profissionais de saúde) sejam vítimas de crime e de violência;

6) Certos profissionais não dispõem de normas concretas quanto à confidencialidade que devem, por um lado, preservar em relação ao seu utente (ou paciente) e, por outro, devem levantar, se estão a colaborar com outros profissionais implicados no processo de apoio;

7) Certos profissionais têm medo de represálias por parte do(a) agressor(a), e chegam mesmo a sofrer ameaças e perseguições que lhes retraem os movimentos e fazem tomar a decisão de evitar fazer identificações de novos casos;

8) Certos profissionais não querem envolver-se em questões legais;

9) Certos profissionais não conhecem os recursos disponíveis e consequentemente não sabem encaminhar as pessoas idosas para as instituições ou serviços adequados;

10) Certos profissionais sentem-se impotentes para ajudar as pessoas idosas ante

.....

o escasso poder de intervenção de quem dispõem;

11) Certos profissionais não dispõem de tempo necessário para o atendimento adequado das pessoas idosas, não se criando um ambiente de confiança que facilite a identificação de novos casos de crime e de violência;

12) Certos profissionais têm atitudes culturais desfavoráveis ou perniciosas:

- a) Têm atitudes *idadístas*. Isto é, manifestam o preconceito do *ageism*, de que fizemos referência na Parte I deste Manual;
- b) Evitam tocar na esfera familiar, encarando a vitimação das pessoas idosas como um assunto do foro estritamente privado (em casos de violência doméstica);
- c) Tendem a justificar a vitimação por considerarem as próprias pessoas idosas culpadas da mesma, uma vez que são um peso demasiado grande na vida dos prestadores de cuidados/familiares;
- d) Não foram sensibilizados para a existência da vitimação das pessoas idosas.

INDICADORES DA VITIMAÇÃO DE PESSOAS IDOSAS

Muito se tem escrito sobre indicadores da vitimação e são certamente múltiplos. Neste Manual, procuramos apresentar os principais, correndo o risco de sermos repetitivos.

A própria revelação por parte da pessoa idosa de que é vítima de crime e de violência constitui o primeiro indicador. Por sinal, o mais específico e sensível de qualquer indicador. Deve-

mos acreditar sempre numa pessoa idosa quando conta que foi ou está a ser vítima.

Mas um indicador é simplesmente isso. Não é um *definidor*. A sua presença não confirma necessariamente a existência da vitimação. Antes deve colocar-nos de sobreaviso e obriga-nos a indagar sobre a situação para podermos, com maior informação, ter a certeza de que estamos diante de um novo caso de crime e de violência contra pessoas idosas.

Vejamos alguns indicadores, que consideramos principais¹⁰⁷:

1) Alguns comportamentos da pessoa idosa vítima. Certos comportamentos durante a nossa abordagem podem indicar-nos que estamos diante de uma vítima, ou potencial vítima. Eis alguns:

- a) Parece ter medo de um familiar ou de um prestador de cuidados;
- b) Não quer responder quando é questionada;
- c) O seu comportamento muda quando o familiar ou prestador de cuidados entra na sala, ou no lugar onde se encontra, tornando-se mais inibida e temerosa;
- d) Manifesta sentimentos de solidão e saudade, dizendo ter falta de companhia, falta de amigos, de meios de transporte para sair de casa, etc.;
- e) Manifesta auto-estima baixa, dizendo, por exemplo, *Não sirvo para nada; Estou aqui a incomodar; Sou um empecilho*, etc.;
- f) Refere-se ao familiar ou ao prestador de cuidados como pessoas que *Têm o seu feito*. Isto é, sugerindo que são pessoas de trato difícil ou que são fa-

107. Cfr. MOYA BERNAL & BARBERO GUTIÉRREZ (coord.), ob. cit., pág. 95.

cilmente irritáveis;

g) Demonstra um contínuo e excessivo respeito pelo familiar ou pelo prestador de cuidados, atitude facilmente confundível com o temor;

2) Alguns comportamentos do familiar ou prestador de cuidados. Certos comportamentos durante a nossa abordagem podem indicar-nos que estamos diante de um(a) agressor(a) da pessoa idosa (ou potencial agressor/a). Eis alguns:

a) Manifesta *stress* ou queixa-se da sobrecarga nos cuidados que presta;

b) Tenta evitar que tenhamos alguma interacção directa com a pessoa idosa, por exemplo respondendo a perguntas que fazemos à pessoa idosa, ou não saindo da sala, ou do lugar onde a pessoa idosa se encontra (ou seja, impedindo uma conversa a sós);

c) Cria obstáculos a que a pessoa idosa tenha apoio domiciliário ou que seja visitada por qualquer profissional, incluindo um(a) enfermeiro(a);

d) Esquece-se das consultas que a pessoa idosa tem no centro de saúde ou no hospital;

e) Manifesta falta de informação sobre o envelhecimento e têm expectativas irrealistas sobre este;

f) Não tem formação ou capacidade para prestar cuidados a uma pessoa idosa. Por exemplo, não sabe ajudá-la na higiene pessoal, nem ajudá-la a tomar os medicamentos correctamente;

.....

Parte II
...
PROCEDER

.....

- g) Não está satisfeito(a) com o facto de ter que prestar cuidados à pessoa idosa;
 - h) Revela ter pouco auto-controlo;
 - i) Está numa atitude defensiva;
 - j) É verbalmente agressivo; ou, pelo contrário, extremamente atencioso com a pessoa idosa;
 - k) Mostra-se extraordinariamente controlador das actividades da pessoa idosa;
 - l) Tenta convencer-nos de que a pessoa idosa não tem capacidades de para decidir a sua própria vida ou que está a perder faculdades mentais. Por exemplo, dizendo: A minha avó já não diz nada de jeito, já nem sabe onde anda;
 - m) Culpabiliza a pessoa idosa. Dizendo, por exemplo, O meu pai urina-se todo na cama só para chatear, ele faz de propósito. Tinha acabado de o mudar;
 - n) Está excessivamente preocupado com os custos de determinadas necessidades da pessoa idosa. Por exemplo, com próteses dentárias, aparelhos de audição, etc.;
 - o) Conta histórias incongruentes, contraditórias ou estranhas acerca de como ocorreu determinado acontecimento;
 - p) Manifesta ter uma relação conflituosa com a pessoa idosa a quem presta cuidados. Por exemplo, discutir com frequência, insultar, etc.
-

INDICADORES GERAIS E ESPECÍFICOS

Podemos apontar para alguns indicadores gerais e específicos, que podemos colher quando realizamos uma anamnese de determinada pessoa idosa. Estes são, sobretudo, muito aplicáveis à actividade médica ou à enfermagem, nos centros de saúde e/ou hospitais, em ambulatório ou durante um internamento.

São os seguintes:

- 1) Existem atrasos no pedido de apoio médico ou de cuidados de enfermagem para aquela pessoa idosa;
- 2) Existem antecedentes de fracturas, lesões, infecções urinárias ou episódios de insuficiência cardíaca frequentes;
- 3) Parece existir uma certa *propensão* para sofrer acidentes;
- 4) Existe desconhecimento ou não seguimento das prescrições médicas, designadamente em relação à administração de medicamentos;
- 5) Há uma dosagem excessiva de psicofármacos;
- 6) Há recorrentes idas às Urgências do hospital;
- 7) É acompanhada por outras pessoas, que não o seu prestador de cuidados;
- 8) Não existe colaboração por parte do prestador de cuidados;
- 9) Manifesta ter medo, está confusa e ansiosa.

Quando realizamos uma exploração física, podemos observar, com atenção:

- 1) Se a pessoa idosa está desidratada ou malnutrida;
- 2) Se existem queimaduras, contusões, hematomas ou fracturas;
- 3) Se existem úlceras por pressão;
- 4) Se existe incontinência dos esfínteres;
- 5) Se existem perturbações no sono ou na fala;
- 6) Se existe uma escassa higiene ou o uso de roupa inadequada à estação do ano, à estatura ou à mobilidade.

Por tipologia de violência contra as pessoas idosas, podemos observar os seguintes indicadores específicos:

- 1) Indicadores Específicos de Violência Física:
 - a) Se existem lesões incompatíveis com o relato que foi feito; ou lesões que não tenham sido tratadas adequadamente;
 - b) Se existem cortes, lacerações, feridas, assaduras;
 - c) Se existem fracturas múltiplas;
 - d) Se existem hematomas ou eritemas na pele em diferentes estádios de evolução;

- e) Se existem lesões em zonas escondidas do corpo;
- f) Se existe uma deficiente higiene cutânea, com roupa ou cama sujas;
- g) Se existe uma perda de peso sem explicação aparente;
- h) Se existem queimaduras provocadas por cigarros, produtos cáusticos ou fricção de objectos;
- i) Se existem erros reiterados na administração da medicação; ou se existe a suspeita de haver uma supra-dosagem ou uma sobredosagem;
- j) Se existem mudanças inesperadas de comportamento.

CASO 7: Emílio, de 87 anos, foi visitado em sua casa pelas novas enfermeiras da Unidade de Saúde, que desejaram conhecer em suas próprias casas os utentes acamados. Emílio, que vivia com o genro e a filha, já não tinha consultas médicas havia dois anos. As enfermeiras encontraram-no na cama, muito magro. Os lençóis estavam sujos e cheirava intensamente a urina e a fezes. Emílio tinha muitas assaduras e marcas de amarras nos pulsos. O discurso de Emílio era confuso e quase não falava. O genro, que estava presente, disse que estava «à espera de vaga no lar, porque aqui não há condições para o velhote estar». Perguntado sobre a medicação que tomava, respondeu vagamente que «está aí toda, foi ao hospital há uns tempos porque estava constipado». Sobre a mesa, estavam várias embalagens de medicamentos, desorganizadas e cobertas de pó.

Uma situação de violência física pode implicar a prática de crimes de: ofensa à integridade física; maus tratos físicos; sequestro; intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos arbitrários, entre outros.

2) Indicadores Específicos de Violência Psíquica:

- a) Se manifesta de sentimentos de desamparo, falta de atenção e de afecto;
- b) Se existe um isolamento social deliberado, ou corte de relações com os familiares e/ou amigos sem razão grave ou sem explicação;
- c) Se existe queixa de que não contam consigo para tomar decisões sobre a sua própria vida;
- d) Se existe hesitação em falar abertamente;
- e) Se existe relato de *histórias estranhas*, ou *impossíveis*;
- f) Se manifesta confusão ou desorientação;
- g) Se manifesta irritação ou medo em relação a estranhos, a outros prestadores de cuidados, etc.;
- h) Se está deprimida;
- i) Se manifesta auto-estima baixa;
- j) Se está agitada.

CASO 8: *Maria, de 94 anos, deu entrada nas Urgências do Hospital Distrital de X., pelas 22 horas. Dois dos seus seis filhos acompanhavam-na, explicando que deixara de falar e que estava com sinais de confusão mental e muito agitada. À médica que a atendeu, Maria respondeu com a voz visivelmente embargada sobre como*

se sentia. Após referir que era saudável e que apenas estava um pouco nervosa, Maria perguntou se ia ficar no hospital internada ou se ia «para um lar de velhos», dizendo que não queria ir para outro lugar que não fosse a sua própria casa, onde morava sozinha, mas feliz. Em conversa, contou, então, que fora obrigada pelos filhos mais velhos a sair da sua própria casa para passar a viver em sistema de rotatividade pelas casas daqueles. Chorando, referiu: «Uma mulher por ter tantos anos não passa a ser uma coisa. Eu não consigo viver lá, é tudo escuro e eles arrastam-me pelos braços para todo o lado».

Uma situação de violência psíquica pode implicar a prática de crimes de: ameaça; coacção; maus tratos psíquicos; violência doméstica, entre outros.

3) Indicadores Específicos de Violência Sexual:

- a) Se existem hematomas nas mamas ou nas zonas genitais;
- b) Se existem infecções genitais ou doenças venéreas aparentemente inexplicáveis;
- c) Se existe sangramentos vaginais ou anais;
- d) Se existe sangue ou manchas na roupa interior;
- e) Se existe referência a qualquer tipo de violência sexual.

CASO 9: *Vitória Eugénia, de 71 anos, tentou suicidar-se por envenenamento. No âmbito de consultas com uma psiquiatra, para as quais foi encaminhada após tratamento médico, revelou que «não tenho mais vontade de viver, a minha vida acabou, não tenho honra nem gosto nenhum de viver». Após várias sessões, narrou aquela que considerou «a coisa mais dolorosa de toda a minha vida»: durante um*

assalto a sua casa, no qual dois homens levaram todo o seu dinheiro e várias jóias, foi violada por um deles. «Eu era virgem, estava bem na minha vida, queria morrer assim. Agora não valho nada».

Uma situação de violência sexual pode implicar a prática de crimes de: coacção sexual; violação, entre outros.

4) Indicadores Específicos de Violência Financeira ou Económica:

- a) Se existem perdas inexplicáveis de dinheiro, de cheques, de cartões de crédito e de cartões multibanco;
- b) Se existem assinaturas em documentos com assinaturas que não se assemelham com as da vítima ou se existem assinaturas da pessoa idosa sem que esta, na verdade, não saiba assinar;
- c) Se existem mudanças ou recentes realizações de testamentos, transmissão de poderes, etc., quando a pessoa idosa está incapacitada de tomar decisões;
- d) Se existe desconhecimento por parte da pessoa idosa acerca do seu próprio estado económico;
- e) Se existe um inusitado interesse por parte de um familiar da pessoa idosa para ser seu prestador de cuidados;
- f) Se existe referência por parte da pessoa idosa de que os seus bens pessoais foram mexidos sem a sua autorização. Por exemplo, se lhe desapareceram jóias, dinheiro, etc.;

- g) Se existe em sua casa e nas suas roupas um desajustamento ao seu conhecido nível social e económico.

CASO 10: Mário, de 90 anos, fez um testamento, deixando todos os seus bens ao seu único sobrinho, por não ter filhos ou mulher. Na semana seguinte, o sobrinho coagiu-o a entregar-lhe a gestão das suas contas bancárias e a dar-lhe ouro e outras jóias, que venderia para poder pagar-lhe a alimentação e, caso seja necessário, a mensalidade num equipamento, onde passaria a viver. Mário, muito nervoso e desorientado, telefonou para a assistente social da sua área de residência, perguntando se o sobrinho podia obrigá-lo a ir viver para um lar.

Uma situação de negligência pode implicar a prática de crimes de: omissão de auxílio; e não providenciar cuidados de saúde, entre outros.

5) Indicadores Específicos de Negligência e de Abandono:

- a) Se existe referência a abandono;
- b) Se existe falta de higiene, mau cheiro, designadamente a fezes e a urina;
- c) Se existe má nutrição ou desidratação;
- d) Se existem doenças mal tratadas, ou um mau cumprimento terapêutico;
- e) Se existe uma degradação progressiva da saúde sem causa evidente;
- f) Se existe um número de medicamentos excessivo ou insuficiente em relação com os problemas de saúde que apresenta a pessoa idosa;

- g) Se existem condições de insegurança ou presença de barreiras arquitetónicas em casa da pessoa idosa;
- h) Se existe o uso de vestuário inadequado;
- i) Se a pessoa idosa é deixada sozinha numa unidade de saúde, mesmo depois de ter alta médica;
- j) Se a pessoa idosa é deixada sozinha em casa muito tempo, sem poder sair ou pedir ajuda, em caso de necessidade.

CASO 11: *Eufrásia tem 83 anos e deu entrada no Hospital Distrital de C., em vésperas do Natal, em consequência de pneumonia. Depois de ter alta médica, os familiares contactados não foram buscá-la, nem quiseram recebê-la, alegando não ter espaço em casa, nem possibilidades de a acompanhar na convalescença. Eufrásia está deprimida e debilitada, considerando-se não ser adequado que regresse a sua casa, uma vez que, pelo que apuraram os assistentes sociais do Hospital, aquela não reúne condições mínimas. Eufrásia vive no vão de escada de um prédio que foi outrora um palácio ocupado por populares. A sua habitação resume-se a 5 m2, não tendo casa-de-banho ou cozinha. Vive ali há cerca de três meses, desde que o seu pequeno apartamento, no mesmo prédio, foi ocupado pelo neto e pela namorada deste. Como não tem reforma, Eufrásia pede esmola na rua e recebe bens alimentares na paróquia. Enquanto tem que comer e beber, Eufrásia não sai do seu cubículo, onde não há electricidade, água canalizada ou aquecimento.*

INDICADORES DE VITIMAÇÃO EM INSTITUIÇÕES

Em Portugal, para as pessoas idosas em situação de carência e desigualdade socioeconómica,

dependência e vulnerabilidade social existe um conjunto de respostas de apoio social. Têm como objectivos promover a autonomia, a integração social e a saúde das pessoas idosas.

Em função das necessidades e da sua autonomia, existem os seguintes tipos de resposta¹⁰⁸: Serviço de Apoio Domiciliário; Centro de Convívio; Centro de Dia; Centro de Noite; Acolhimento Familiar para Pessoas Idosas; Residência; Lar de Idosos; e Centro de Férias e Lazer.

Estas respostas são garantidas por várias instituições, as quais devem observar rigorosamente o cumprimento da legislação em vigor para cada tipo de resposta. Pessoas particulares e pessoas que não cumpram a legislação não estão numa situação legal. Conhecem-se vários casos de respostas dadas ilegalmente¹⁰⁹. Este é já um indicador de risco, pois estas respostas não podem ser avaliadas pela entidade competente: o Instituto de Segurança Social.

Podemos apontar algumas práticas de violação de direitos das pessoas idosas nestas respostas sociais¹¹⁰:

1) Práticas de violação de direitos ao nível da alimentação e bebida:

- a) Não oferecer variedade na comida e na bebida;
- b) Usar a restrição de alimentos como forma de castigo;
- c) Misturar vários tipos de comida, pouco atraentes ao gosto;
- d) Servir comida mal cozinhada e/ou na temperatura inadequada;
- e) Má apresentação e fraca higiene dos suportes alimentares (louças, talheres e outros);

108. Cfr. INSTITUTO DE SEGURANÇA SOCIAL, IP, 2009, *Guia Prático. Respostas Sociais – População Adulta – Pessoas Idosas*, Lisboa, Instituto de Segurança Social, IP, págs. 4-5.

109. Vejam-se os manuais de qualidade publicados pelo Instituto de Segurança Social, IP: <http://i77777731o7365672d736f6369616co7074z.os.asp?05.18.08.02#etiqueta>, em 17 de Agosto de 2010.

110. Veja-se GRIFFIN, J., 1999, «Abuse in a Safe Environment», in PRITCHARD, J. (ed.), *Elder Abuse Work Best Practice in Britain and Canada*, Londres, Jessica Kingsley Publishers, págs. 121-125, cit. INSTITUTO PARA O DESENVOLVIMENTO SOCIAL, 2002, *Prevenção da Violência Institucional Perante as Pessoas Idosas e Pessoas em Situação de Dependência*, Lisboa, Instituto para o Desenvolvimento Social, Ministério da Segurança Social e do Trabalho, págs. 47-50.

f) Não respeitar as dietas alimentares ou necessidades dietéticas;

g) Servir alimentos e bebidas fora do prazo de validade;

h) Misturar bebidas sem atentar aos gostos de cada um (por exemplo, presumir que todas as pessoas idosas gostam de café com leite e servir indistintamente a todas);

i) Usar substitutos de comida em vez de alimentos;

j) Marcar utensílios de alimentação sem aparente justificação;

2) Práticas de violação de direitos ao nível do vestuário:

a) Vestir e calçar as pessoas idosas uniformizadamente e/ou em más condições;

b) Vesti-las com roupa de outras pessoas idosas falecidas;

c) Usar e tornar a roupa comum e não personalizada;

d) Marcar a roupa por fora e de forma visível (com o nome da pessoa ou com o logótipo do centro residencial, por exemplo);

e) Não ajudar a vestir, ou não vestir as pessoas idosas sem razão aparente (por exemplo, andarem de pijama, robe e chinelos);

3) Práticas de violação de direitos ao nível do confinamento:

a) Fechar as pessoas fora ou dentro dos seus quartos de dormir;

b) Fechar as portas do centro residencial para que as pessoas idosas não possam sair, mesmo para as imediações;

d) Usar objectos imobilizadores sem justificação (por exemplo, correias ou ligaduras); amarrar à cama, cadeiras, colchões, etc.;

4) Práticas de violação de direitos ao nível da restrição sensorial:

a) Deixar pessoas idosas com dificuldade de mobilização sentadas ou deitadas durante muito tempo, sem ajudá-las a levantar-se;

b) Não mobilizar regularmente pessoas idosas acamadas;

c) Não garantir espaços e actividades de estímulo ajustadas aos interesses das pessoas idosas;

d) Não providenciar meios de participação e expressão;

e) Não permitir a privacidade das pessoas idosas;

f) Não abrir o centro residencial à comunidade local, promovendo o isolamento social das pessoas idosas;

5) Práticas de violação de direitos ao nível da saúde:

a) Não procurar ajuda médica para os utentes sempre que necessário;

b) Não informar o pessoal médico sobre alterações de saúde (por exemplo, quedas dadas);

.....

- c) Não providenciar, facilitar ou alertar para a necessidade de ajudas técnicas dentais, auditivas e visuais;
- d) Não garantir cuidados preventivos (como cuidar da pele de pessoas idosas incontinentes);
- e) Ignorar queixas sobre dores sentidas pelas pessoas idosas;
- f) Não limpar dentaduras, óculos e outras próteses externas;
- g) Não respeitar as medicações prescritas;
- h) Usar medicamentos de origem opiácea e semelhantes sem ordem médica;
- i) Violar o consentimento informado, configurando o crime de intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos arbitrários (art.º 156º do Código Penal);
- j) Violar o direito ao sigilo quanto à sua situação clínica;

6) Práticas de violação de direitos ao nível da supervisão técnica:

- a) Não assegurar que a equipa técnica é qualificada e que há um número adequado de profissionais que a compõem;
- b) Não dar ou facilitar oportunidades de formação aos profissionais;
- c) Não assegurar pessoal suficiente para situações de emergência;
- d) Não fazer uma distribuição adequada dos profissionais pelos horários conve-

nientes (por exemplo, de dia e de noite, durante a semana e aos fins--de-semana);

e) Permitir que o regulamento do centro residencial não seja cumprido;

f) Permitir o exercício abusivo do poder por parte dos profissionais ou não corrigir as faltas ou erros destes no tratamento dado às pessoas idosas;

7) Práticas de violação de direitos ao nível das amenidades:

a) Ter divisões do equipamento frias ou excessivamente quentes;

b) Ter divisões sem arejamento;

c) Ter a decoração e a mobília sujas e/ou degradadas, ou que constituam barreiras arquitectónicas para a mobilidade das pessoas idosas;

d) Ter uma iluminação inadequada e/ou restrição da luz natural;

e) Permitir que durmam em colchões molhados, sujos ou em mau estado geral;

8) Práticas de violação de direitos ao nível da segurança:

a) Usar equipamento eléctrico em mau estado;

b) Existência de barreiras ao acesso (por exemplo, tapetes soltos, móveis de aresta viva; escadas sem corrimão, inexistência de rampas, etc.);

c) Ter alarmes de fogo inadequados e/ou equipamento anti-incêndio fora de prazo de validade;

- d) Reduzir o pessoal técnico ou não o ter de todo, em especial no horário nocturno, fins-de-semana, festas, etc;
- e) Não providenciar campainhas de alarme acessíveis às pessoas idosas;
- f) Não existirem várias saídas de emergência ou, existindo, estarem bloqueadas;
- g) Existirem portas com trinco de segurança por fora;
- h) Não existir sinalética;
- i) Não haver sessões de informação para as pessoas idosas sobre segurança;

9) Práticas de violação de direitos ao nível da privacidade:

- a) Ter várias camas por quarto ou, tendo-as, não fazer uso de cortinas separatórias ou biombos;
- b) Não fechar a porta ou correr as cortinas durante a higiene pessoal das pessoas idosas;
- c) Apressar as pessoas idosas na satisfação das suas necessidades fisiológicas; não permitir que estejam sós com familiares e/ou amigos; relatar detalhes da vida das pessoas idosas a outrem;

10) Práticas de violação de direitos ao nível da higiene pessoal:

- a) Banhar várias pessoas idosas na mesma água;

- b) Deixar as pessoas idosas sujas (por exemplo, de fezes e urina) durante muito tempo;
- c) Usar toalhas, esponjas, escovas de dentes comuns;
- d) Não lavar as pessoas idosas acamadas na totalidade durante longos períodos de tempo;
- e) Não ter uma atitude de respeito pelo pudor das pessoas idosas;

11) Práticas de violação de direitos ao nível do tratamento do corpo:

- a) Bater nas pessoas idosas e empurrá-las;
- b) Arrastá-las das cadeiras e/ou da cama;
- c) Vesti-las e despi-las bruscamente;
- d) Negligenciar a alimentação das pessoas idosas por falta de ajuda durante as refeições;
- e) Não satisfazer as solicitações quanto às necessidades fisiológicas;

12) Práticas de violação de direitos ao nível do respeito pela sexualidade das pessoas idosas:

- a) Assediar sexualmente as pessoas idosas, em ambiente jocoso (brejeiro);
 - b) Fazer comentários sexistas e/ou homofóbicos;
-

c) Não respeitar o pudor e os valores morais e/ou religiosos das pessoas idosas fazendo comentários que consideram ofensivos;

13) Práticas de violação de direitos ao nível da comunicação:

a) Praguejar com as pessoas idosas ou com outros profissionais diante das pessoas idosas; gritar com as pessoas idosas;

b) Não explicar devidamente alguma infirmação que deseje dar;

c) Mentir e fazer intrigas entre as pessoas idosas;

d) Inventar alcunhas para cada pessoa idosa e chamar-lhes por essas alcunhas;

e) Tratar as pessoas idosas por *tu* ou por *você*, e não por *senhor* e *senhora dona*;

f) Infantilizar as pessoas idosas, tratando-as como se fossem crianças e chamando-as por nomes ridículos, como *bebé*, *meu docinho*, *minha velhotinha*;

g) Tratar-las como se subitamente tivessem passado a ser avós de toda a gente – *avozinha*, *vó*; *avozinho*; *vô*;

14) Práticas de violação de direitos ao nível da gestão patrimonial:

a) Reter o dinheiro das pessoas idosas sem que estas o tenham pedido; cobrar por bens e serviços extra (por exemplo, leite, bolachas, fraldas, etc.);

b) Cobrar os gastos de electricidade às pessoas idosas;

- c) Retirar dinheiro e valores às pessoas idosas sem o seu consentimento;
- d) Depositar as suas poupanças em contas pessoais de funcionários ou proprietários do equipamento;
- e) Ser cúmplice de familiares que gerem dinheiro e bens das pessoas idosas sem qualquer legitimidade para tal;
- f) Encorajar ou permitir que se estabeleçam esquemas paralelos de recompensas dadas pelas pessoas idosas aos profissionais.

Ao suspeitarmos da qualidade dos serviços e/ou que uma determinada resposta é dada ilegalmente por uma pessoa particular ou por uma instituição, temos o dever de o denunciar à entidade competente.

A denúncia deve ser enviada por escrito ao Centro Distrital de Segurança Social. Nesta denúncia, devemos fazer uma exposição o mais possível detalhada da situação.

Se o Centro Distrital de Segurança Social não responder à denúncia num prazo aceitável (30 dias), deveremos fazer queixa ao Provedor de Justiça.

DIFERENTES NÍVEIS DE PREVENÇÃO

A nossa intervenção não pode ficar pela identificação da vitimação. Que devemos fazer?

Devemos iniciar um processo de apoio. Adiante veremos em que consiste um processo de apoio a uma pessoa idosa vítima de crime e de violência.

Por agora, convém fazermos retermos que a nossa intervenção é sempre preventiva. Isto é, destina-se sempre a prevenir distinção entre os vários níveis de prevenção da vitimação das pessoas idosas: Primordial, Primária, Secundária e Terciária.

Como profissionais em contacto frequente com pessoas idosas vítimas a nossa intervenção deverá ser realizada num determinado nível.

Neste manual, abordamos sobretudo os níveis da Prevenção Secundária e da Prevenção Terciária, uma vez que as pessoas idosas que vamos apoiar já foram vitimadas ou estão a ser.

Convém saber, desde já, quais são os níveis¹¹¹:

- 1) Prevenção Primordial. É o nível que os profissionais competentes procuram evitar o surgimento e a consolidação de padrões de vida social, económica e cultural que contribuem para o aumento do risco de vitimação das pessoas idosas;
- 2) Prevenção Primária. É o nível que os profissionais competentes procuram o surgimento de novos casos (a incidência) da vitimação, através do controlo das causas e dos factores de risco;
- 3) Prevenção Secundária. É o nível em que procuramos reduzir a prevalência da vitimação ao nível da sua detecção precoce em casos ainda ocultos e da intervenção precoce que evite as consequências mais graves e a reincidência;
- 4) Prevenção Terciária. Bem como ao nível da Prevenção Terciária, vamos procurar reduzir o progresso ou as consequências de uma situação de vitimação já estabelecida, minimizando as sequelas e sofrimentos causados.

111. Cfr. MOYA BERNAL & BARBERO GUTIÉRREZ (coord.), ob. cit., pág. 37.

O PAPEL DOS PRESTADORES DE CUIDADOS (PREVENÇÃO PRIMORDIAL E PRIMÁRIA)

Podemos distinguir os prestadores de cuidados às pessoas idosas em dois grupos:

a) Os prestadores de cuidados informais. São as pessoas que prestam apoio às pessoas idosas num contexto pessoal. São geralmente seus familiares próximos, como filhos ou filhas, netos ou netas, uns obrigados à prestação de alimentos (cônjuge e descendentes, segundo o 2003.º do Código Civil) e outros que, embora sem tal obrigação, estejam solidarizados com as pessoas idosas, unidos por laços de afecto ou por um sentido de «obrigação moral» (de natureza subjectiva), podendo ser familiares e/ou amigos. De acordo com a Constituição da República Portuguesa (Parte I – Direitos e Deveres Fundamentais; Título III – Direitos e Deveres Económicos, Sociais e Culturais; Capítulo II – Direitos e Deveres Sociais), no seu Artigo 72.º, as pessoas idosas têm direito ao apoio dos seus familiares. Também a Carta dos Direitos do Doente Internado, no seu n.º 13, reconhece que este tem direito à visita dos seus familiares e amigos quando desejar e os horários o permitam, sempre que não exista contra-indicação. Portanto, a família e/ou os amigos das pessoas idosas são elementos de grande importância na prestação de cuidados;

b) Os prestadores de cuidados formais. São profissionais vocacionados para a prestação de cuidados a pessoas idosas e supõem-se terem formação adequada para o efeito. Podem ser técnicos(as) de apoio domiciliário, técnicos(as) de um centro residencial, enfermeiros(as), etc. Dizemos «supõem-se terem formação adequada» porque nem sempre estes profissionais, apesar de trabalharem em instituições ou serviços. Trabalham, por isso, segundo normas muito rudimentares e/ou entregues ao improviso ou à própria sensibilidade.

Os profissionais que prestam cuidados às pessoas idosas diariamente têm um papel fun-

damental na identificação da vitimação, na medida em que não só têm acesso privilegiado à casa destas (por exemplo, se trabalharem numa instituição de apoio domiciliário, ou serem enfermeiros do centro de saúde local), como porque têm a possibilidade de conhecê-las globalmente: física, psicológica, económica e socialmente. Têm também a possibilidade de conhecer de perto os seus familiares. Com tudo isto, é-lhes mais fácil detectar alterações no seu estado de saúde e valorizar factores de risco; bem como valorizar o comportamento de algum familiar que possa ser o(a) agressor(a).

Assim, como profissionais, devemos estar capacitados para, no estado de saúde geral da pessoa idosa a quem prestamos cuidados e consoante os factores de risco (indicados na Parte I deste Manual), percepcioná-la como uma potencial vítima. Devemos¹¹²:

1) Incluir na história clínica, ou na ficha individualizada que usamos para cada pessoa idosa apoiada, anotações sobre os factores de risco físico, psicológico, social e económico;

2) Fazer uma avaliação das condições físicas da pessoa idosa, valorizando aspectos como a dependência (perguntando: *Precisa de ajuda para realizar a maior parte das actividades básicas da vida diária – vestir-se, lavar-se, mudar de lugar, alimentar-se, ir à casa-de-banho?*), a idade (*Tem mais de 75 anos?* Quanto maior for a idade, mais elevado é o risco de dependência); o sono (*Levanta-se e anda pela casa de noite, descontrolado(a)?*), a dor (*Sofre de algum tipo de dor crónica? Está a ser tratada de forma adequada? Pode esta dor dar origem a um estado de irritabilidade que o(a) leve a dar respostas inadequadas ao prestador de cuidados e/ou a familiares?*); as condições habitacionais (*Tem um quarto de dormir próprio? Sai frequentemente deste quarto? Esta divisão tem condições adequadas – água, luz natural, ventilação natural?*); a higiene (observar – e não perguntar – se é uma pessoa mal asseada, com maus odores, se a roupa está em condições higiénicas, se é demasiado velha e rota, etc.); a alimentação (*Come bem? Perde peso?*), as quedas (observar se a casa está preparada para evi-

112. Cfr. MOYA BERNAL & BARBERO GUTIÉRREZ (coord.), ob. cit., pág. 52.

tar quedas: rampas, corrimão, piso não deslizante, tapetes soltos ou com franjas, etc. Perguntar à pessoa idosa se tem caído);

3) Fazer uma avaliação das condições psicológicas da pessoa idosa, valorizando aspectos como a solidão (Perguntando: *Passa muito tempo sozinho(a)? Tem horários diferentes do resto das pessoas com quem habita – para comer, tomar banho, dormir?*); a comunicação (observar se é capaz de comunicar as suas emoções, desejos, sentimentos, se mostra inibição, se olha para os familiares antes de responder, pedindo um consentimento silencioso destes para o fazer); a saúde mental (verificar se tem algum tipo de demência ou de doença mental, se tem falta de memória, se está deprimida, se a sua conversação é incoerente, se tem desorientação espaço-temporal, falta de reconhecimento dos familiares próximos); o estado de ânimo (observar se está assustada, tímida, com medo, se chora com facilidade, muda de humor com facilidade); intimidade (observar se a sua intimidade é respeitada, se as suas cartas são abertas por outras pessoas, se há cuidados em preservar a sua nudez e em respeitar o seu pudor por parte dos familiares ou de outros prestadores de cuidados); a autodeterminação (observar se não lhe é permitido realizar as tarefas para as quais está capacitada, se as suas decisões não são respeitadas, se não é ouvida e tida em conta nas suas opiniões, se lhe é permitido praticar a sua religião e dissertar sobre as suas opções políticas); e a auto-percepção (observar se a pessoa idosa se diz vitimada, se expressa descontentamento no que se refere à convivência com a família, se tem desejo de deixar de morar onde mora);

4) Fazer uma avaliação das condições económicas da pessoa idosa, valorizando aspectos como o seu protagonismo nos assuntos financeiros da família, ou nos próprios (perguntando: *Precisa de ajuda para fazer compras ou vendas de património? Precisa de ajuda para controlar as contas bancárias? Possui e gere o seu dinheiro próprio? Delegou noutra pessoa tal responsabilidade? A quem?*); habitação (*Vive em casa de algum familiar? Quem? Contribui para o sustento da casa? Tem dificuldades económicas?*);

5) Fazer uma avaliação das condições gerais do(a) familiar e/ou prestador(a) de cuidados, valorizando aspectos como a antiguidade do seu papel como prestador(a) de cuidados (*Há quanto tempo cumpre esta tarefa de prestar cuidados ao seu familiar?*); a sua capacidade (*Tem conhecimentos, jeito ou atitudes correctas para prestar cuidados a uma pessoa idosa?*); o apoio de que usufrui (*É o(a) principal ou único(a) prestador(a) de cuidados? É substituído periodicamente por outro(a) prestador(a) de cuidados?*); afectação da vida pessoal (*Teve que abdicar do seu emprego, de férias ou de gostos pessoais para prestar cuidados à pessoa idosa? Tem dificuldade em encontrar tempo para si mesmo(a)? Está isolado(a), sem relações sociais, absorvido(a) na prestação de cuidados?*); afectação da sua saúde física e psicológica (*Apresenta sintomas de cansaço no exercício da prestação de cuidados? Exaspera-se facilmente e diz que já não aguenta mais? Chora ou grita com facilidade quando se fala do trabalho que realiza como prestador(a) de cuidados? Tem problemas de saúde e sente que não pode cuidar de si próprio(a) adequadamente? Tem dores crónicas que não tem uma etiologia de base orgânica?*); as implicações económicas (*Realiza de forma gratuita a prestação de cuidados? Recebe algum tipo de ajuda económica ou outro tipo de apoio ou subsídio para tal? Tem dificuldades económicas?*); a sua relação com a pessoa idosa (*Há desentendimento, falta de comunicação, tensão na relação com a pessoa idosa? A pessoa idosa é gentil, delicada, interage, reage, agradece os cuidados que lhe presta?*); a sua relação com instituições ou serviços de apoio (*O(a) prestador(a) de cuidados evita ou nega a intervenção de instituições ou serviços junto da pessoa idosa? Dificulta a intervenção destes?*); a sua situação pessoal (*Tem problemas de toxicodependência? Tem antecedentes ou problemas de saúde mental? Está a separar-se/divorciar-se? Está a viver um processo de luto pela morte de alguém?*).

Quando atendemos um(a) prestador(a) de cuidados, podemos apontar para alguns aspectos a ter em conta nas suas tarefas quotidianas¹¹³:

a) Deve avaliar periodicamente o nível de autonomia funcional da pessoa idosa para desempenhar tarefas da vida diária. Tenhamos em conta que quanto maior é

113. Cfr. MOYA BERNAL & BARBERO GUTIÉRREZ (coord.), ob. cit., págs. 55-56.

a dependência da pessoa idosa em relação a terceiros, mais vulnerável se torna em relação ao aparecimento de situações de vitimação;

b) Deve fomentar e estimular a sua independência para fazer e para decidir. Tenhamos em conta que a pessoa idosa que não faz e não decide é mais dependente de terceiros e, logo, mais susceptível de ser vítima de crime e de violência;

c) Deve promover a interacção e evitar o isolamento. Tenhamos em conta que a solidão favorece a aparição de confusão, desorientação espaço-temporal e perda progressiva da linguagem. Oferecer à pessoa idosa a possibilidade de frequentar um Centro de Dia ou solicitar a parentes, amigos ou voluntários de uma instituição ou serviço que a visitem pode ser preventivo;

d) Deve promover a ocupação dos tempos livres da pessoa idosa. Muitas actividades podem ser agradáveis e saudáveis: a leitura; a reflexão sobre determinados temas; jogar às cartas; fazer renda; bordar; pintar; fazer jardinagem, entre outras;

e) Deve identificar o regime jurídico que melhor pode proteger a pessoa idosa. Em casos de *peçoas maiores incapazes*, devemos sugerir ou tentar que este regime lhes seja aplicado. Adiante, onde abordaremos o Apoio Jurídico, trataremos desta questão;

f) Deve colaborar com as instituições e serviços. Devemos tomar em conta que o(a) próprio(a) prestador(a) de cuidados pode ser um excelente agente da prevenção da vitimação da pessoa idosa. Assim, devemos informá-lo(a) sobre a existência de instituições ou serviços vocacionados para as pessoas idosas, como organizações não governamentais, instituições particulares de solidariedade social, centros paroquiais e sociais, misericórdias, etc.

OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE (PREVENÇÃO SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA)

Os profissionais de saúde – médicos(as), enfermeiros(as) e outros – têm um papel fundamental na identificação de casos de pessoas idosas vítimas de crime e de violência. Aos hospitais ou aos centros de saúde chegam diariamente muitas pessoas idosas, com as mais variadas motivações. Outras recebem a visita de profissionais de saúde em suas próprias casas ou nas instituições onde estão acolhidas. Os profissionais de saúde têm, pois, um acesso privilegiado às pessoas idosas e podem fazer, em muitos casos, uma identificação bastante eficaz.

Para além de todos os indicadores constantes neste manual, podem usar instrumentos cientificamente concebidos e testados.

A utilização destes instrumentos pode significar, no entanto, diversos riscos e é preciso tê-los em conta na sua aplicação. Um deles é o da culpabilização das pessoas idosas e dos seus familiares. É preciso que o profissional que os aplica tenha especial cuidado em não ferir susceptibilidades.

Por outro lado, é preciso que saiba usar o tempo com razoabilidade, uma vez que alguns instrumentos requerem uma aplicação morosa.

Sobretudo, há que ter em consideração que não existem instrumentos válidos, suficientemente específicos, para a identificação da vitimação de pessoas idosas, tão-pouco evidências científicas que permitam aconselhar ou rejeitar a sua aplicação em consultas médicas ou em outros contextos de acompanhamento clínico.

Diferentes escolas científicas chamam a atenção dos profissionais para a necessidade de se fazerem, precocemente, entrevista e observação à pessoa idosa, dando prioridade a factores de risco, situações de maior dependência e de vulnerabilidade¹¹⁴.

114. Cfr. MOYA BERNAL & BARBERO GUTIÉRREZ (coord.), ob. cit., pág. 102.

Há vários instrumentos que podemos apresentar:

1) *Health Attitudes Living Arrangements Finances – HALF* (Ferguson e Outros, 1983). Método: 37 itens, requiere entrevista e observação. Psicometria: não requiere. Trata-se de uma história social um pouco extensa. É possível aplicá-lo em diferentes contextos clínicos. Avalia tanto a pessoa idosa e como o prestador de cuidados;

2) *Brief Abuse Sreen for the Elderly – CASE* (Reis & Outros, 1995). Método: 5 perguntas, que podem ser feitas em cerca de um só minuto. Psicometria: requiere uma concordância de 86-90%. Deve ser aplicado à pessoa idosa que tenha prestador de cuidados. É possível em consultas externas e nas urgências. Avalia a pessoa idosa e o prestador de cuidados;

3) *Caregiver Abuse Sreen for the Elderly – CASE* (Reis & Outros, 1998). Método: 8 itens: com a classificação de 4 ou mais sugere um alto risco de vitimação. Convém obter mais informação sobre cada item respondido como Sim. Psicometria: a α Chronbach 0.71 (vitimação física, psicossocial ou económica). É curto e rápido; e útil para profissionais sem experiência ou na clínica diária;

4) *Indicators of Abuse Screen – IoA* (Reis & Outros, 1998). Método: 29 itens divididos em 3 categorias; inicialmente eram 48 problemas e 12 itens demográficos. Psicometria: a α Chronbach 0.92; identifica 78-84% de casos de vitimação. Pode ser aplicado por profissionais mais experientes, depois de 2 ou 3 horas de valorização. Aplica-se em cerca de 20 minutos. Avalia vítima e prestador de cuidados. Trata-se de um instrumento potente para equipas específicas, dedicadas ao apoio a pessoas idosas vítimas;

5) *The Conflict Tactits Scale – CTS* (Straus, 1978 e 1979). Método: 19 itens de auto-resposta ou por entrevista. Aplica-se em cerca de 10 minutos. Psicometria: a α Chronbach 0.42-0.88, validade de concorrência 0.19-0.80, validade de constructo Ok. Existe uma versão espanhola validada, possivelmente mais aproximada à re-

alidade portuguesa, em caso de validação para Portugal. Destina-se a situações de vitimação física ou negligência;

6) *Hawlek-Sengstock Elder Abuse Test – H-S EAST* (Hawlek & Outros, 1986 e 1991). Método: questionário de 6 itens que sugerem a existência de vitimação. Originalmente eram 100 itens, depois foi criada a versão de 15 itens, distribuídos em 3 categorias. Psicometria: consistência interna baixa. É de aplicação rápida, aplicável nas urgências e em consultas. É destinado a vítimas e não contempla todos os tipos de vitimação. A vítima deve ter um bom nível cognitivo. A versão australiana tem 6 itens diferentes.

O que devemos fazer quando, após a aplicação de um destes testes, concluímos que estamos diante de uma situação de vitimação?

Evidentemente, não há soluções mágicas. Mas há, no geral, algumas decisões que podemos tomar:

- 1) Confrontar a pessoa idosa. Podemos falar-lhe abertamente e propor-lhe apoio;
- 2) Discutir com outros profissionais. Podemos optar por discutir com os nossos colegas os resultados e tomar uma decisão em conjunto;
- 3) Encaminhar. Podemos encaminhar a pessoa idosa para a instituição ou serviço que mais adequado pareça ser para a apoiar (por exemplo, serviços de apoio à vítima, etc);
- 4) Denunciar. Se, na situação, houver indícios da prática de crimes públicos (por exemplo, o crime de violência doméstica), devemos denunciar às autoridades competentes. Por respeito à pessoa idosa, se esta estiver capacitada e se estiver presente, devemos reflectir sobre esta decisão com ela. Uma pessoa idosa vítima de crime e de violência é uma pessoa adulta e deve ser respeitada a sua capacidade de decisão sobre a sua própria vida.

Capítulo II

Parte II
...
PROCEDER

ATENDIMENTO (PREVENÇÃO SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA)

Para prevenirmos a vitimação das pessoas idosas aos níveis da Prevenção Secundária e Terciária, é necessário desenvolvermos um processo de apoio à vítima, uma vez que as pessoas idosas já foram vitimadas.

Recordemos: ao nível da Prevenção Secundária, vamos procurar reduzir a prevalência da vitimação ao nível da sua detecção precoce em casos ainda ocultos e da intervenção precoce que evite as consequências mais graves e a reincidência. Bem como ao nível da Prevenção Terciária, vamos procurar reduzir o progresso ou as consequências de uma situação de vitimação já estabelecida, minimizando as sequelas e sofrimentos causados.

Tal poderá acontecer se tivermos contacto com a pessoa idosa vítima e se, através deste, tivermos formas desenvolvendo um processo de apoio.

ATENDER AS PESSOAS IDOSAS VÍTIMAS

Atender uma pessoa idosa vítima na nossa instituição ou no nosso serviço não pode ser uma mera actividade, com importância. De ser alvo da maior dedicação.

Como tal, os nossos procedimentos devem ser reflectidos e ponderados, de modo a haver a mais adequada resposta à solicitação da pessoa idosa vítima.

O profissional deve esforçar-se maximamente todos os esforços no sentido de evitar ou, pelo menos, minimizar a ocorrência de fenómenos de vitimação secundária.

Entendemos por vitimação secundária é o fenómeno que ocorre sempre que se verifica

uma discrepância entre os interesses, necessidades e direitos da vítima e as respostas institucionais proporcionadas pelos diversos sistemas: judicial, saúde, social e sociedade civil. É a não obtenção – e em tempo útil –, por parte da vítima, daquilo que é justo, necessário, suficiente e adequado por parte das instituições e da sociedade para fazer face aos efeitos da situação de vitimação.

A vitimação secundária tem efeitos negativos a nível:

- a) Individual (prejudica o processo de recuperação, prejudica a disposição individual, a percepção individual e o sentimento de segurança);
- b) Familiar e Social (pode provocar efeitos negativos a outras pessoas que não a vítima directa: familiares/amigos/ testemunhas);
- c) Dos Custos Sociais (justiça, saúde, serviços, sociais, emprego, educação).

Desde logo, devemos, como profissionais, zelar para que não ocorram fenómenos de vitimação secundária no âmbito da relação da pessoa idosa vítima com a instituição ou serviço onde trabalhamos. Ou seja, devemos desenvolver um processo de apoio com competência, sensibilidade e de forma temporalmente eficaz.

Para além disso, devemos fazer tudo o que estiver ao seu alcance para combater a vitimação secundária no contacto da vítima com outras instituições ou de outros serviços, através de uma eficiente mediação junto das entidades, serviços e organismos com quem o/a utente terá que contactar.

Como podemos fazê-lo?

- 1) Sempre que possível, desenvolvendo as diligências necessárias com as entidades

envolvidas no processo de apoio: muitas vezes poderá revelar-se mais célere e eficaz um contacto efectuado pelo profissional do que o realizado pela própria pessoa idosa vítima;

2) Encaminhando a pessoa idosa vítima para instituições e serviços adequados, isto é, aquelas que podem responder às suas necessidades, evitando que aquela vá *bater à porta errada*;

3) Fornecendo toda a informação necessária (mas só essa) às instituições e aos serviços que colaboram no processo de apoio: os relatórios devem ser elaborados com particular cuidado, de modo a evitar, por exemplo, que a pessoa idosa tenha que repetir a narração dos factos;

4) Sensibilizando os técnicos das outras instituições e serviços para a importância de evitar a ocorrência da vitimação secundária, chamando-lhes a atenção sempre que se verifique a adopção de procedimentos menos adequados.

Podem elencar-se as três vias pelas quais as pessoas idosas vítimas se dirigem a uma instituição ou serviço, solicitando o seu apoio: presencialmente; por chamada telefónica; ou por escrito.

De entre estas três vias, devemos sempre privilegiar a presencial, por ser a que permite um melhor conhecimento da pessoa idosa vítima e das suas problemáticas, levando assim a um apoio mais efectivo.

Assim, uma das vertentes dos outros dois tipos de atendimento – telefónico ou por escrito – é a sensibilização da vítima para, quando possível, se deslocar pessoalmente até nós, ou facilitar um atendimento num local mais conveniente para a pessoa idosa, por exemplo, a sua própria casa, um centro de dia ou um hospital.

No atendimento a efectuar, há alguns procedimentos específicos correspondentes a cada uma destas vias, e que passamos a abordar.

O ATENDIMENTO PRESENCIAL

Quando uma pessoa idosa vítima se desloca até nós, importa ter em conta alguns aspectos não directamente relacionados com o atendimento propriamente dito, mas com regras elementares de bom trato e cortesia. Estas ajudam-nos a mostrar-lhe que é bem-vinda, num momento para si difícil.

Assim,

- 1) Acolhimento. A pessoa idosa deve ser recebida de forma gentil e imediatamente encaminhada para a sala de espera ou, se estivermos já disponíveis, para a sala de atendimento;
- 2) Atrasos. A pessoa idosa não deve esperar mais de quinze minutos para ser atendida. Contudo, se tal não for possível, deve ser-lhe explicada a razão da demora, solicitando-se a sua compreensão;
- 3) Espera. Na zona de espera, a pessoa idosa deve ter uma cadeira ou sofá onde se acomodar, bem como revistas e/ou jornais;
- 4) Prioridades. As pessoas idosas devem ser atendidas por ordem de chegada, salvo aquelas que tiverem previamente solicitado atendimento a determinada hora. Devemos contudo dar prioridade às mais idosas, às que manifestarem sinais de se encontrarem em «situação de crise» (que abordaremos mais adiante), e às que

apresentarem sequelas físicas que se possam considerar constrangedoras diante das outras pessoas que esperam;

5) Comodidade. No espaço reservado ao atendimento, devemos convidar a pessoa idosa vítima a sentar-se no lugar mais confortável;

6) Conforto. Se a pessoa idosa manifestar sinais «situação de crise», como chorar e/ou tremer, devemos oferecer-lhe lenços de papel e um copo de água com açúcar. Se desejar fumar, devemos oferecer-lhe um cinzeiro;

7) Correcção. Devemos conversar educadamente com a pessoa idosa, demonstrando sempre muito respeito e consideração. Não devemos falar-lhe de pé quando esta estiver sentada – tal atitude pode ser inibidora. Tão-pouco o contrário. Devemos ainda ter em atenção o modo como nos vestimos e como nos apresentamos: convém que a nossa roupa e os nossos adereços sejam adequados à ocasião, com a preocupação de não chocar a pessoa idosa, quer seja pela excessiva informalidade, quer seja pela excessiva formalidade. Determinadas atitudes devem ser evitadas, por revelarem deselegância e não se ajustarem ao papel de profissional (por exemplo, atender o telemóvel durante o atendimento, mandar mensagens escritas, fumar, mastigar pastilhas ou comer, usar óculos de sol na cabeça, traçar as pernas, etc.). A nossa postura durante o atendimento deve ser correcta, pautada pelas mais elementares boas maneiras e pelo bom senso. Deve ser séria, mas não rígida. Deve ser descontraída, mas não abandalhada;

8) Acompanhar até à saída. Após o atendimento devemos acompanhar a pessoa idosa à porta de saída, despedindo-nos afavelmente.

.....

COMUNICAÇÃO E EMPATIA

No atendimento presencial, devemos estabelecer com a pessoa idosa um verdadeiro «processo de comunicação e empatia», em que esta comunica primeiramente como emissora e nós devemos, enquanto receptores, assegurar uma boa recepção e compreensão.

Neste processo, numa necessária interação, alternamos com a pessoa idosa papéis de emissor e receptor, estabelecendo por isto uma relação da qual deverá resultar o apoio e/ou o encaminhamento necessários para que se autonomize das suas próprias problemáticas.

Algumas técnicas há para que possamos estabelecer esta comunicação:

- 1) Apresentação. Em primeiro lugar, devemos apresentar-nos: este é sempre o primeiro passo a dar no início do atendimento, ao qual devemos associar sempre uma saudação agradável, simpática.
- 2) Ouvir com atenção. Durante o discurso da pessoa idosa devemos prestar atenção como ouvintes, recebendo a mensagem que esta emite verbalmente e apreendendo os seus conteúdos, tanto racionais, como emocionais. Devemos responder não verbalmente, mostrando que estamos a prestar atenção ao seu discurso, através do uso de sinais, como sejam manter os olhos fixos nos seus, acenar com a cabeça ou utilizar interjeições. Não devemos interromper, de modo a não tirar conclusões prematuras;
- 3) Reformular. Devemos expor os conteúdos emitidos pela pessoa idosa no seu discurso, de modo a certificar-nos de os ter apreendido adequadamente, podendo também fazer uso de exemplos simples que os expliquem em concreto. Isto é importante também para que a pessoa idosa se certifique de que está a ser ouvida com atenção, o que a encorajará a continuar;

4) Questionar. Devemos questionar a pessoa idosa sempre que esta não tenha emitido toda a informação necessária ao processo de apoio e/ou ao encaminhamento, ou quando a informação tenha sido contraditória ou menos clara. Para tal, pode utilizar questões abertas, que geralmente implicam conteúdos mais ou menos vastos e/ou complexos ou que envolvem abstracção e cujas respostas não serão simples e/ou curtas (por exemplo, *Que receio tem de ir a Tribunal?*, *Como se sente agora?* ou *O que o preocupa?*); e questões fechadas, que geralmente implicam conteúdos simples e cujas respostas são simples e curtas (por exemplo, *A que horas é o julgamento?*, *Como se chama?* ou *Qual a sua idade?*). Contudo, devemos ter especial cuidado em evitar que a pessoa idosa se sinta interrogada, pois tal pode levar à sua inibição ou à adopção de uma atitude defensiva. Para tal, deve promover um equilíbrio entre as questões abertas e as questões fechadas, o que facilitará a comunicação. A questão *Porquê?* deve ser evitada, já que em determinados contextos da comunicação pode incutir sentimentos de culpa;

5) Encorajar a expressão de emoções e/ou sentimentos. Devemos estar disponíveis para que a pessoa idosa se expresse espontaneamente, auxiliando-a na libertação de emoções e/ou sentimentos, usando expressões como *Não se reprima, chorar é natural e pode fazer-lhe bem, esteja à vontade...*, *É natural que se sinta assim abalado...*, *Chorar não é motivo de vergonha...* ou *Desabafe, pode fazer-lhe bem*. Devemos encorajar a expressão de emoções e/ou sentimentos sobretudo quando a pessoa idosa está em «situação de crise». Contudo, não devemos ter a iniciativa de sugerir ou impor que expresse as suas emoções e/ou sentimentos se não tiver manifestado vontade de o fazer. Poderá ainda não estar preparada para ta;

6) Informar. Devemos informar a pessoa idosa dos seus direitos, de como exercê-los, dos vários recursos de que pode dispor na comunidade e das diversas opções que pode tomar. Devemos, porém, evitar sempre a emissão de juízos e opiniões pessoais, pois essa actuação pode incutir uma ideia de submissão e de inexistência de autono-

mia de decisão. Não devemos dar informações desnecessárias, inúteis, irrealistas ou incorrectas. Devemos informar de um modo adequado e adaptado às características socioculturais, de modo a que nos compreenda correctamente, evitando também o uso de termos técnicos de emprego restrito. Devemos ainda fornecer informações de um modo *doseado*, conforme a capacidade de assimilação manifestada pela pessoa idosa. Igualmente devemos prestar atenção a certas características pessoais importantes num processo de comunicação, como problemas de visão ou audição de que a pessoa idosa sofra. Assim, devemos adaptar-nos adequadamente, por exemplo, falando um pouco mais alto que o habitual e repetindo até estarmos certos que fomos bem ouvidos e que a pessoa idosa compreendeu o que dissemos;

7) Resumir. Devemos resumir todos os aspectos do discurso da pessoa idosa e do nosso próprio discurso, de modo a confirmar que ambas a partes se compreenderam adequadamente. Resumir pode ser um excelente modo de colmatar certas faltas de informação de ambos, informação que, por esquecimento ou falta de oportunidade no contexto dos discursos, não foi referida. Pode também evitar maus entendimentos quanto ao que foi realmente comunicado; e aviva a memória sobre determinados aspectos;

8) Comunicação não verbal. Devemos prestar atenção à «linguagem corporal da pessoa idosa», estabelecendo paralelismos com o discurso que este está a emitir: certos aspectos, como o gaguejo ou a voz vacilante, podem denunciar vontade de emitir informações que contudo aquele teme revelar. A «linguagem corporal» pode ainda ser reveladora de problemas do foro psiquiátrico (por exemplo, balançar-se compulsivamente, lacerar-se ou arranhar-se com algum objecto ou parecer visualizar e tocar entidades sobrenaturais); ou de um determinado estado emocional (por exemplo, fumar nervosamente ou ficar com os olhos «rasos de água»). Pode também revelar incoerência em relação ao que verbaliza (por exemplo, descrever um atropelamento muito violento de que foi vítima há poucos dias e não apresentar qualquer vestígio

corporal). Também a nossa própria «linguagem corporal» é importante. Não devemos revelar sinais de impaciência ou de ansiedade, como cruzar os braços, suspirar insistentemente ou olhar para o relógio, de modo a que a pessoa idosa sinta que não há disposição e/ou tempo para ser ouvida. Devemos, pelo contrário, adoptar uma atitude corporal serena e coerente com o discurso que emitimos, não assumindo posturas excessivamente desconfiadas ou passivas ou que revelem permeabilidade excessiva, como chorar e tremer.

ATENDIMENTO TELEFÓNICO

Ao telefone, devemos ter especial cuidado, visto não estar diante da pessoa idosa, tendo apenas como instrumento a sua voz e o seu discurso.

Do que acima referimos, sobre o atendimento presencial, na quase totalidade tem aqui aplicação.

Há, no entanto, aspectos específicos que importa referir.

Assim, no atendimento telefónico, devemos:

- 1) Atender imediatamente as chamadas telefónicas;
- 2) Atender de modo gentil e assertivo, *bom dia* ou *boa tarde*;
- 3) Se for necessário transferir internamente uma chamada, devemos fazê-lo com a maior brevidade possível. Se não for possível efectuar de imediato a transferência, explicar essa impossibilidade à pessoa idosa e perguntar-lhe se prefere ligar mais tarde;

- 4) Ter sempre junto do telefone a lista de contactos de instituições e serviços para poder encaminhar, se adequado, a pessoa idosa;
- 5) Evitar interromper a conversação para falar com outra pessoa;
- 6) Mastigar ou comer durante a conversação;
- 7) Evitar que se verifiquem interferências provocadas por ruídos nocivos ao atendimento, como conversas na mesma sala, música de fundo e/ou chamadas de telemóveis;
- 8) Manter um discurso com construções frásicas simples e curtas;
- 9) Devemos manter a constância de um tom de voz sereno e claro;
- 10) Lembrar-nos de que o silêncio é sempre mal suportado pelas pessoas, pelo que é necessário, pelo tom de voz, mostrar-se disponível, isto é, estar «presente»;
- 11) Colocar-nos sempre ao dispor para ouvir a solicitação da pessoa idosa, com expressões convidativas, como *Queira dizer, por favor* ou *Se faz favor*, especialmente se esta parecer hesitante na manifestação da solicitação;
- 12) Reforçar tais expressões, com outras como *Não tenha receio, os nossos serviços são confidenciais*, se manifestar sinais - voz trémula e/ou choro - de se encontrar em «situação de crise». Devemos tranquilizá-la de imediato, transmitindo-lhe confiança;
- 13) Ouvir atentamente e anotar as informações essenciais;
- 14) Sensibilizar e encaminhar a pessoa idosa para o atendimento presencial, no qual a sua situação poderá ser mais adequadamente avaliada e como tal o apoio presta-

do será mais consentâneo com as suas necessidades: devemos indicar as moradas e os horários das outras instituições e serviços, aqueles que forem mais adequados e geograficamente mais próximos da área de residência da vítima;

15) Terminar a chamada, perguntando à pessoa idosa se deseja deixar o seu nome e contacto e apresentando-se, caso não o tenha feito no início da conversa;

16) Por fim, agradecer e disponibilizar-nos para futuros contactos, com expressões como *Muito obrigado por nos ter contactado, estaremos sempre ao dispor.*

ATENDIMENTO POR ESCRITO

A pessoa idosa pode optar por pedir apoio por escrito. Pode fazê-lo, classicamente, por carta, mas também por fax ou correio electrónico. O que, em princípio, implicará uma resposta pela mesma via, a não ser que nos tenha sugerido que a resposta se faça por contacto telefónico.

Devemos responder com brevidade. No prazo de quinze dias após a sua recepção, dando-se prioridade aos casos que se afigurem mais urgentes.

Ao respondermos por escrito, para além de respeitar as formalidades universalmente convencionadas para a correspondência, devemos:

1) Acusar a recepção da missiva enviada pela pessoa idosa, indicando a data do seu envio e/ou da sua chegada;

2) Se a problemática referida não for crime ou violência, devemos encaminhar para

os serviços competentes;

3) Se a problemática apresentada pela pessoa idosa a indiciar como vítima de crime, devemos reconhecer-lhe esse estatuto;

4) Devemos informar brevemente sobre os direitos da vítima e sobre a forma de os exercer;

5) Devemos sensibilizar a vítima para o atendimento presencial;

6) Devemos agradecer-lhe o seu contacto;

7) Devemos assinar e identificarmo-nos: nome e função na instituição ou serviços em que trabalhamos.

Convém ter sempre em mente que, caso a pessoa idosa não aceda à sugestão para se deslocar para um atendimento presencial, esta resposta escrita poderá ser o único contacto que manteremos consigo, pelo que se afigura de extrema importância o fornecimento de alguma informação acerca dos procedimentos mais úteis na situação em concreto. Devemos ter em conta a problemática apresentada, como sejam os contactos das instituições ou serviços a que pode recorrer para fazer face às necessidades de segurança, saúde ou outras que apresenta; os processos judiciais de que se pode socorrer; os apoios sociais de que pode beneficiar, etc.

Um atendimento presencial fora do nosso gabinete deverá ser ponderado e até sugerido na nossa resposta escrita.

O PROCESSO DE APOIO À VÍTIMA

O processo de apoio é desenvolvido quando existe um conjunto articulado de diligências: vários atendimentos, contactos com outras instituições, sessões de apoio psicológico, auxílio na elaboração de peças processuais para o processo criminal, etc., durante um determinado período de tempo. Desenvolve-se geralmente com a pessoa idosa vítima, mas poderá também estender-se a familiares e/ou amigos.

O processo de apoio compreende, como veremos adiante, sobretudo estes tipos: Apoio Emocional, Apoio Jurídico, o Apoio Psicológico e o Apoio Social.

O PRIMEIRO ATENDIMENTO

É de vital importância a forma como decorre o primeiro atendimento à pessoa idosa que foi ou é vítima de crime e de violência. Trata-se geralmente de um momento difícil, quer para a vítima, que se encontra fragilizada em virtude do crime contra si praticado e que, na maior parte das vezes, desconhece o tipo de apoio que lhe podemos prestar, quer também para os próprios profissionais, uma vez que teremos que ir ao encontro das diversas finalidades deste atendimento inicial. É um momento de avaliação mútua no qual ambas as partes estarão preocupadas com aquilo que outro pensa.

A pessoa idosa apresenta-se frequentemente com muitas expectativas, medos, fantasias, etc. Está geralmente insegura sobre o que se espera dela e tem muitas vezes receio de revelar a um estranho informações muito pessoais, ainda que saiba que se trata de um profissional.

Estes medos e expectativas são trazidos para o primeiro atendimento e podem exercer alguma influência sobre o profissional, pelo que importa que sejam abordados de forma clara,

para se poder iniciar o processo de apoio. Para além de responder a este tipo de percepções e de dúvidas da pessoa idosa, o profissional vai também experimentar as suas próprias ansiedades: receio de ser visto como incompetente, de fracassar no controlo da conversa, de não saber o que dizer, de a pessoa idosa se mostrar pouco cooperativo ou hostil, de não conseguir responder adequadamente às necessidades que lhe apresente.

De modo a que esta ansiedade inicial não afecte significativamente o primeiro atendimento, devemos fazer o esforço de promover o alívio de tensões e medos, de modo a proporcionar um espaço produtivo para a pessoa idosa e para nós mesmos.

Podemos apontar algumas sugestões para que possamos diminuir a tensão e ansiedade iniciais:

- a) Conhecermos o espaço físico do atendimento, pois o estar familiarizado com este contribui para se sentir à vontade;
- b) Interiorizarmos que não é obrigatório responder a todas as perguntas formuladas pela pessoa idosa;
- c) Sentirmos que quase tudo o que dissermos é reparável;
- d) Tomarmos consciência que não temos que formular todas as perguntas nem que obter respostas para todas as perguntas que a pessoa idosa nos fizer: existem sempre oportunidades para esclarecer algo que ficou mais confuso;
- e) Permitirmos à pessoa idosa os tempos de pausa ou de silêncio e intervir sobre eles só quando lhe parecer estritamente necessário: o silêncio durante a sessão não é necessariamente um mal;
- f) Evitarmos expressar, verbal ou corporalmente, estranheza ou confusão: é preferível,

em casos de absoluta necessidade, abandonarmos a sala para consultar o nosso coordenador, ou um colega.

Qualquer profissional, independentemente da sua área de intervenção, tem que estar habilitado a efectuar o primeiro atendimento, já que neste atendimento, mais do que um apoio especializado, se pretende alcançar outras finalidades, que enunciaremos de seguida.

O primeiro atendimento tem duas finalidades:

1) A prestação de Apoio Emocional. O primeiro atendimento é, porventura, o momento em que a vítima se apresenta numa situação emocional mais precária, em virtude da proximidade temporal da ocorrência traumática. É o momento no qual necessita de comunicar com alguém que saiba demonstrar compreensão e, mais do que isso, empatia perante a sua problemática. A qualidade deste tipo de apoio decorre fundamentalmente das competências pessoais de cada profissional, da assimilação e aplicação das regras de comunicação que referimos anteriormente, bem como da experiência que for acumulando na sua prática quotidiana;

2) A recolha de informação. Esta recolha deve ser tão vasta quanto possível, mas sempre dentro dos limites do necessário, por um lado, e do adequado ao momento, por outro. Devemos procurar recolher informação a três níveis:

a) História de pré-vitimação e pessoal. Devemos analisar a história familiar da pessoa idosa, podendo para tal recorrer a um instrumento de avaliação familiar – o genograma (diagrama visual da árvore genealógica da família, que permite visualizar o sistema relacional familiar, bem como os acontecimentos biográficos mais importantes). A história educacional e/ou profissional contém igualmente aspectos importantes, que podem facultar elementos inerentes ao contexto social da vítima e à sua rede primária de suporte;

b) Narração da vitimação. Devemos procurar identificar as origens, a evolução e as dinâmicas de manutenção da vitimação, bem como as iniciativas de resolução do problema. Importa recolher e explorar alguns dados, que permitam começar uma avaliação do risco: o detalhe dos incidentes de agressão, os padrões de severidade e de frequência, a identificação dos sinais de alarme, as extensões das lesões provocadas (enquanto indicador da severidade envolvida), o risco de comportamento suicida ou homicida e a existência de factores de risco de ocorrência de violência severa (por exemplo, a posse de arma pelo agressor);

c) A história pós-vitimação. Tendo em vista uma eficaz avaliação do impacto da vitimação, devemos analisar ainda as condições de intensificação ou perpetuação do problema, o que o faz manter-se ou agravar-se. Também devemos conhecer as estratégias que a pessoa idosa usa para lidar com este, bem como as suas capacidades para gerar a mudança, o que implica conhecer a rede de suporte primária e secundária da pessoa idosa, aferindo também o seu grau de isolamento social e a sua situação no contexto familiar. Quanto mais pormenorizada e útil for a informação recolhida, mais correcta será a avaliação da(s) problemática(s) e o levantamento das necessidades ao nível jurídico, psicológico e social. Consequentemente, mais eficientes serão as estratégias de intervenção delineadas. Contudo, caso o discurso da vítima revele contradições, dúvidas ou omissão de informação importante, devemos explorar outras fontes de informação (familiares, amigos e/ou instituições), mediante prévia autorização da própria pessoa idosa.

Um plano de intervenção deve ser estruturado conjuntamente, tendo sempre presente o pedido formulado pela pessoa idosa. Este pedido não é, por vezes, muito explícito, podendo eventualmente ser concretizado de uma forma algo *camuflada*, como uma solicitação de informações ou através da alegação de que é uma pessoa amiga que está a

vivenciar a situação descrita. Perante isto, cabe-nos proceder à decomposição daquele pedido, compreendendo o que está implícito e, logo, ajudando a pessoa idosa a falar mais directamente sobre tal.

Devemos concentrar-nos no presente, uma vez que o pedido de ajuda da pessoa idosa se centra quase sempre em problemas actuais, embora estes possam ter origem num passado mais ou menos recente.

Este ênfase no presente não deve contudo impedir a construção da sua história de vida, fundamental para uma abordagem compreensiva e globalizante da problemática.

AUTONOMIA DA VÍTIMA

Devemos ir ao encontro das necessidades da pessoa idosa. Nunca o oposto. Ou seja, temos que identificar as necessidades mais urgentes e prioritárias na óptica da vítima, que podem ser divergentes das que nós colocaríamos em primeira linha.

Ao longo de todo o processo de apoio, as possíveis respostas às necessidades devem ser sempre estudadas em conjunto com a pessoa idosa vítima: cabe-nos construir e analisar consigo as várias alternativas de resolução dos problemas e informá-la, rigorosamente, dos seus direitos; por sua vez, cabe-lhe, enquanto sujeito activo, tomar as respectivas decisões. Só assim, respeitaremos os seus direitos e a sua dignidade e individualidade. É nisto que consiste o princípio da autonomia da vítima.

Para que o princípio da autonomia seja de facto garantido, há que promover aquilo que se designa por decisão informada, e cujos pressupostos são os seguintes:

.....

- 1) A vítima deve estar na posse das capacidades necessárias para poder decidir;
- 2) Deve existir liberdade de decisão - a vítima não pode ser coagida ou forçada, competindo ao profissional avaliar o grau de liberdade de cada pessoa para determinada decisão;
- 3) A vítima deve ser informada sobre os seus direitos, alternativas possíveis e procedimentos a adoptar perante cada uma das alternativas, devendo esta informação ser fornecida de modo a que a vítima a compreenda na íntegra, tendo como tal em conta a sua capacidade de assimilação.

INTERVENÇÃO NA CRISE E INTERVENÇÃO CONTINUADA

Sendo que vítima é a pessoa que sofre as consequências de um acto classificado como crime e sabendo que este consubstancia um acontecimento traumático, repentino, negativo e violento que põe em causa a integridade física e/ou psicológica da vítima, podem desta forma gerar-se determinadas circunstâncias situacionais de crise.

Este estado da vítima deve ser tido em conta pelos profissionais, pelo que cumpre enunciar os seus principais traços.

Assim, a situação de crise abarca as seguintes repercussões:

- 1) Manifestação de reacções psicológicas: choro, pânico, confusão, angústia, vergonha, baixa auto-estima, culpa, revolta, perturbações psicossomáticas, predomínio de memórias das vivências traumáticas, entre outras;

2) Manifestação de pressões sociais e económicas que propiciam o bloqueamento, associadas ao desconhecimento dos seus direitos.

Estes dois traços definem aquilo que normalmente se designa por «negatividade da situação de crise». Perante esta negatividade, devemos, no contexto da sua relação com a pessoa idosa vítima, centrar-nos no desejo de mudança que esta circunstância também comporta, desejo que a vítima, durante este período de desequilíbrio, coloca nessa relação, para que possa ser apoiada. Deste modo, a situação de crise também se apresenta como um desafio: é a «positividade da situação de crise», que os profissionais devem explorar na intervenção junto da vítima.

A duração e a intensidade do período de crise dependem essencialmente de três factores:

- a) O grau da violência exercida sobre a vítima;
- b) A capacidade da própria para enfrentar o problema;
- c) O auxílio que recebe após o episódio traumático.

Torna-se claro que o apoio prestado num momento de crise é crucial, exigindo-se uma intervenção imediata junto de uma pessoa que se encontra altamente fragilizada.

Assim, este tipo de intervenção é destinado a pessoas às quais é necessário prestar um apoio rápido e eficaz, uma vez que se encontram submergidas por factores bastante *stressantes* e debilitantes da sua vida no momento presente. É sobretudo indicada para vítimas de violência doméstica e de violação ou abuso sexual, sobretudo quando a vitimação ocorreu há menos de 48 horas.

Por ser uma intervenção que pode ser aplicada a variados tipos de situações, esta aborda-

gem deve obedecer às seguintes premissas gerais:

- 1) Avaliação pronta e provisão de serviços à pessoa ou família em crise;
- 2) Intervenção intensiva, focalizada e limitada no tempo, dirigida a problemas do aqui e do agora e a objectivos específicos;
- 3) Um estilo activo e flexível.

Neste tipo de intervenção, devemos adoptar as seguintes estratégias:

- a) Explorar as características do período crítico. Neste período, a pessoa em crise responde mais facilmente à ajuda. Logo, o contacto inicial é o fundamental. Os objectivos são os de ganhar confiança, estabelecer entendimento e identificar claramente os eventos recentes relevantes, sobretudo aqueles que levam a pessoa a procurar ajuda. Através de uma conversa atenta acerca das últimas 48 horas obtém-se muita informação útil, que permitirá apontar para problemas chave;
- b) Clarificar. É importante clarificar quais são as exigências a que pessoa tem de fazer face, incluindo obrigações práticas. Devemos prestar atenção ao seu estado de saúde mental: se existem ideias suicidas, qual o grau de ansiedade, de agitação e de angústia e, em particular, se a sua condição permite dar os passos cuja implementação imediata se impõe;
- c) Avaliar. Devemos avaliar o apoio da família ou dos amigos – ou seja, da rede de suporte primária - e a natureza da situação em casa da pessoa. Desta forma, é possível formar uma imagem completa da sua vida da pessoa, não só do passado e do desenvolvimento dos seus problemas, mas também de como esta os resolveu anteriormente e da qualidade de recursos disponíveis. Esta avaliação poderá ter

de esperar até que a desorganização e o desamparo, muitas vezes associado a um estado grave de descompensação, diminuam, ou até que seja possível efectuar um outro atendimento, numa situação emocional mais estável e compensada;

d) Diminuir a activação e a angústia. É comum a pessoa idosa encontrar-se numa situação extrema de activação e de angústia, pelo que se torna necessário utilizar meios psicológicos para os reduzir: passando o tempo e falando-lhe de uma forma segura e tranquilizante;

e) Reforçar a comunicação adequada. Reforçar a conversa normal e relevante com a pessoa, prestando-lhe atenção e desencorajando o comportamento agitado, persistente ou não comunicativo;

f) Mostrar interesse e calor e encorajar a esperança. Devemos transmitir que estamos interessados, dispostos a ouvir, que somos empáticos. Devemos estimular a esperança numa resolução positiva, o que promoverá certamente a sua autoconfiança.

Podem elencar-se algumas tarefas importantes que os profissionais, no âmbito da intervenção na crise, devem desenvolver:

1) Empowerment. Podemos ajudar a vítima a encontrar as suas próprias potencialidades de resolução, reforçando as suas capacidades e poder de decisão;

2) Validação dos direitos e das decisões da vítima. Podemos informá-la devidamente tanto sobre os procedimentos judiciais como sobre os constrangimentos de vária ordem que podem surgir; respeitar as decisões, mas ajudar a perceber as vantagens e desvantagens de cada uma;

3) Optimização de todos os recursos existentes. Podemos colocar à sua disposição

todos os recursos que, na nossa instituição ou serviço, estão disponíveis - recursos materiais e recursos humanos, no sentido de facilitar o processo de apoio e possibilitar uma relação de proximidade;

4) Ajuda à vítima na formulação de um Plano de Segurança. Podemos conceber, com a vítima, um conjunto constituído: a) Pela análise da situação presente e identificação das situações de risco; b) Pela projecção da situação futura e outras medidas realizáveis nas condições reais prevendo ao máximo as situações de risco. Pretende-se que o Plano de Segurança, oriente e conduza o processo de mudança, de forma a passar da situação existente à situação desejada, tendo em conta o bem-estar e a segurança das vítimas (directas e indirectas). Mais adiante, veremos alguns aspectos que poderemos ter em conta ao elaborar um Plano de Segurança com uma pessoa idosa vítima de crime e de violência.

Na avaliação do risco, consequentemente minimização deste e o aumento do sentimento de segurança, devemos: recolher e analisar com a vítima informação útil para se proceder à avaliação das condições de risco e da segurança; e facilitar a definição de estratégias para antecipar e controlar as principais dificuldades sentidas para minimizar o sentimento de insegurança e o risco real.

Para o efeito, podemos pedir à vítima que nos referira as condições de elevado risco (severidade e frequência do(s) crime(s), identificação de sinais de alarme e comportamentos de risco); descrever como poderá ocorrer um eventual crime (incluindo pessoas, circunstâncias, locais, pensamentos e estados emocionais); referir alguns pensamentos e comportamentos (acções) mais eficazes, de modo a evitar um eventual crime.

O Plano de Segurança pode ser elaborado no âmbito do Apoio Social, mas não exclusivamente. Neste manual surge após este tipo de apoio especializado apenas por uma mera questão de organização do texto. Nada impede – e recomendamos

– que um jurista ou um psicólogo, nos respectivos contextos de Apoio Jurídico e Apoio Psicológico, elaborem o Plano de Segurança com a pessoa idosa.

5) Apoio à vítima na reformulação do seu projecto de vida, a curto e a longo prazo.

A Intervenção na Crise comporta duas fases. Numa primeira fase da intervenção, os profissionais devem reconhecer à pessoa idosa o *estatuto de vítima*, mostrando-se disponíveis para:

- a) Escutar a sua versão dos factos e circunstâncias situacionais adjacentes ao crime;
- b) Respeitar as suas reacções psicológicas, valores, dificuldades, condições de vida e necessidades;
- c) Facilitar-lhe a libertação de emoções e sentimentos negativos.

Numa segunda fase da Intervenção é importante:

- 1) Contribuir para a tomada de consciência de que o *estatuto de vítima* representa uma forma desgastante da auto-estima;
- 2) Ter uma atitude positiva relativamente às potencialidades da vítima;
- 3) Incentivar uma visão mais perspicaz e realista da sua condição.

Este abandono do *estatuto de vítima*, que corresponde à superação das reacções psicológicas manifestadas e do bloqueamento sentido, só poderá acontecer através da utilização de estratégias de auto-protecção pela vítima, utilização que os profissionais devem apoiar.

Porém, e dadas as características específicas da vitimação, esta intervenção não é, as mais das vezes,

.....

suficiente, sendo necessário assegurar um trabalho contínuo no sentido de colaborar com a pessoa idosa vítima na reorganização do seu projecto de vida, visto este estar desestruturado.

As duas fases – intervenção em crise e intervenção continuada – são, portanto, complementares.

Podemos ter várias áreas de intervenção, consoante a instituição ou serviço em que nos encontramos. Aqui abordamos apenas três áreas de actuação ou, três tipos de apoio que podem ser prestados em diferentes instituições e serviços por profissionais especializados:

- 1) Apoio Jurídico;
- 2) Apoio Psicológico;
- 3) Apoio Social.

Outras áreas podem ser exploradas: o Apoio Médico e a prestação de cuidados de Enfermagem; o Apoio Domiciliário; o Apoio Religioso, Espiritual ou Pastoral (também chamado, em alguns casos, de Assistência Religiosa ou Direcção Espiritual, a cargo de um sacerdote); a Animação Sociocultural, etc. Cada área tem os seus profissionais, cuja competência é, naturalmente, exclusiva.

Em qualquer tipo de apoio convém retermos dois aspectos essenciais para que possamos apoiar pessoas idosas vítimas de crime e de violência com qualidade. Ambos devem estar sempre presentes no nosso trabalho quotidiano e reclamam um estudo sempre atento da literatura mais recente, de modo a poder adaptar o desenvolvimento do tipo de apoio que prestamos à actualidade. Ou seja, modernizando-o e, sobretudo, aperfeiçoando-o cada vez mais.

Os dois aspectos são estes:

1) O tipo de apoio que prestamos é destinado a pessoas idosas. Logo, devemos ter em conta os desenvolvimentos realizados nos últimos anos por áreas científicas como a Sociologia, a Psicologia do Envelhecimento ou a Gerontologia. Estas áreas têm vindo a focar os mais variados aspectos do envelhecimento e todos os desafios que este coloca às pessoas e às suas famílias e amigos, enfim, ao meio envolvente. Na Parte I deste Manual apresentou-se uma breve introdução a um estudo que, inevitavelmente, deveremos fazer enquanto profissionais competentes;

2) O tipo de apoio que prestamos é destinado a pessoas idosas que são ou foram vítimas de crimes e de violência. Isto implica que também estejamos atentos aos estudos que têm sido feitos nas áreas especializadas, como a Vitimologia; bem como do que se preconiza enquanto padrões de qualidade nas organizações de apoio à vítima em vários países. Também aqui devemos investir como profissionais, de modo a garantir que os serviços que prestamos a estas vítimas de crime e de violência são serviços de qualidade.

Quer um, quer outro aspecto chamam a nossa atenção para uma necessidade que, sendo evidente para alguns, não é, em muitos casos, visível para outros, a de que, embora sejamos profissionais academicamente formados, temos sempre necessidade de continuar a estudar e de participar em actividades formativas com frequência (por exemplo, cursos de formação, encontros, reuniões de profissionais, etc.). Só assim poderemos garantir que os nossos conhecimentos não estão estagnados e podem desenvolver-se continuamente. Não apenas com a prática diária, mas também com uma adequada revitalização teórica, a qual dará mais e melhores enquadramentos, justeza e segurança aos nossos procedimentos no processo de apoio às pessoas idosas vítimas.

APOIO JURÍDICO

O Apoio Jurídico deve ser dado exclusivamente por juristas.

No entanto, e repetimos, é da maior utilidade que qualquer profissional tenha conhecimentos gerais, de modo a situar-se adequadamente no processo de apoio e a trabalhar com os juristas que também o integram.

Da extensão destas matérias relativas ao Apoio Jurídico a pessoas idosas vítimas podemos apontar para três vertentes que o devem estruturar:

- 1) Informar a pessoa idosa vítima de crime acerca dos seus direitos;
- 2) Elucidar a pessoa idosa vítima acerca das várias etapas de determinados processos judiciais;
- 3) Auxiliar a pessoa idosa vítima a elaborar requerimentos e peças processuais que ela possa, por si, assinar (isto é, quando não é necessário advogado), como sejam o pedido de apoio judiciário, a denúncia, a queixa, o pedido de indemnização civil, o pedido de suspensão provisória do processo criminal ou, no caso de vítimas de crimes violentos ou de violência conjugal, o pedido de indemnização dirigido ao Ministro da Justiça.

Não se tratando de uma abordagem exaustiva, o que aqui apresentamos não dispensa, obviamente, a consulta dos diplomas legais, tendo em vista uma transmissão de informação completa e correcta à pessoa idosa no contexto do processo de apoio.

A VÍTIMA IDOSA E O PROCESSO PENAL

É de grande importância que esclareçamos previamente a pessoa idosa vítima acerca da forma como decorre o procedimento criminal, ajudando-a a situar-se no mesmo, elucidando-a sobre as várias etapas e respectivos conteúdos e intervenientes e explicando-lhe qual o papel que pode assumir.

Do sucesso que obtivermos nesta tarefa depende a desejável desmistificação do processo-crime pela vítima: é fundamental colaborar com esta no abandono de determinadas ideias pré-concebidas, usualmente relativas à complexidade e solenidade do procedimento, de modo a que, esbatendo-se o receio, possa tomar as decisões necessárias de forma verdadeiramente esclarecida.

Tudo o que atrás referimos sobre o cuidado que deve ser posto na comunicação, de modo a garantir a plena compreensão, pela pessoa idosa vítima, da informação transmitida, tem aqui particular acuidade, uma vez que podemos facilmente resvalar para a utilização de linguagem mais técnica e, assim, menos acessível.

Aborda-se de seguida um conjunto de aspectos que podem assumir particular importância no que se refere à participação da pessoa idosa no processo penal.

NOTÍCIA DO CRIME

O Ministério Público toma conhecimento da ocorrência de um crime:

1) Quanto aos crimes públicos:

- Porque o presenciou – conhecimento directo;

- Porque outra autoridade judiciária (magistrado judicial ou do Ministério Público), um órgão de polícia criminal (Polícia Judiciária, Polícia de Segurança Pública, Guarda Nacional Republicana, Serviço de Estrangeiros e Fronteiras) ou outra entidade policial o presenciou, lavrando um auto de notícia que enviou ao Ministério Público no prazo máximo de 10 dias;
- Porque alguém soube da ocorrência de um crime e o denunciou ao Ministério Público; a denúncia é obrigatória para as entidades policiais (quanto a todos os crimes públicos) e para os funcionários (relativamente aos crimes públicos de que tomem conhecimento no âmbito da suas funções) e facultativa para as demais pessoas.

Tendo conhecimento da ocorrência de um crime público, por qualquer uma destas vias, o Ministério Público dá início ao processo, abrindo o inquérito.

2) Quanto aos crimes semipúblicos e particulares. Aqui já não basta que o Ministério Público saiba da ocorrência de um crime. É necessário que seja o ofendido ou as pessoas legalmente indicadas a dar conhecimento ao Ministério Público (directamente ou através dos órgãos de polícia criminal) da ocorrência do crime, através da apresentação de queixa. Depende assim da vontade do ofendido a existência ou não de um processo contra o alegado autor do crime. Apresentada queixa, o Ministério Público abre inquérito.

Daqui decorre a diferença entre queixa e denúncia: enquanto a denúncia representa uma declaração de conhecimento relativamente a determinados factos consubstanciadores da ocorrência de um crime público, podendo ser realizada por qualquer pessoa, a queixa é uma declaração de vontade do ofendido, que através da sua apresentação manifesta pretender a abertura de procedimento criminal contra o(s) autor(es) de um crime semipúblico ou particular.

A queixa – tal como a denúncia - não está sujeita a formalidades especiais, podendo ser efectuada verbalmente ou por escrito, embora seja mais conveniente apresentá-la por escrito e levar uma cópia, que será carimbada pela autoridade que receber a queixa, servindo de comprovativo da sua apresentação. Se o relato for feito oralmente, será reduzido a escrito pelo funcionário que o recebe e assinado pela autoridade e pela vítima/ofendido.

A denúncia anónima só determina a abertura de inquérito se dela se retirarem indícios da prática de crime ou se ela própria constituir crime (por exemplo, de difamação, denúncia caluniosa, etc.).

A queixa e a denúncia devem conter o maior número possível de informações acerca da situação, indicando o dia, a hora, o local e as circunstâncias em que o crime foi cometido, identificando, se possível, o agressor, e enumerando eventuais testemunhas e outros meios de prova.

Não há lugar ao pagamento de qualquer taxa de justiça em virtude da apresentação de queixa ou de denúncia.

É a vítima do crime que apresenta a queixa (ao contrário da denúncia, que pode ser realizada por qualquer pessoa). No entanto, se aquela não possuir discernimento para entender o alcance e o significado do direito de queixa, este pertence ao representante legal e, na sua falta, às pessoas legalmente indicadas – cônjuge não separado de pessoas e bens, pessoa, de outro ou do mesmo sexo, com quem o ofendido viva em condições análogas às dos cônjuges, descendentes, adoptados, ascendentes, adoptantes, irmãos e seus descendentes. É também a estas pessoas que pertence o direito de queixa no caso de o ofendido ter falecido sem a apresentar.

A queixa – bem como a denúncia – pode ser apresentada:

- Na forma tradicional: a) nos serviços do Ministério Público junto dos tribunais, dirigida ao Excelentíssimo Senhor Procurador Adjunto. Em Lisboa, Porto, Coimbra e Évora, estes serviços designam-se vulgarmente pela sigla DIAP, de Departamento de Investigação e Acção Penal; b) nas autoridades que tenham a obrigação legal de transmitir a queixa ao Ministério Público, que são: Polícia de Segurança Pública (PSP); Guarda Nacional Republicana (GNR); Polícia Judiciária (PJ); Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF), designadamente em relação aos crimes para cuja investigação é competente, que abaixo serão referidos; e Delegações e Gabinetes Médico-Legais do Instituto de Medicina Legal, no âmbito da actividade pericial que desenvolvam;

- Por via electrónica. O Sistema de Queixa Electrónica (SQE) constitui um balcão único virtual que faculta a apresentação por via electrónica de denúncias de natureza criminal, incluindo queixas-crime, pelos cidadãos que tenham sido ofendidos ou tomaram conhecimento da prática de um crime contra terceiros. O Sistema não se destina a responder a situações de emergência ou àquelas em que é necessária a resposta imediata das forças ou serviços de segurança, designadamente quando o crime está a ser cometido. O SQE destina-se, assim, a facilitar a apresentação à GNR, à PSP e ao SEF de queixas e denúncias por via electrónica quanto a determinados tipos de crimes públicos e semi-públicos, a saber: ofensa à integridade física simples, violência doméstica, maus tratos, tráfico de pessoas, lenocínio, furto, roubo, dano, burla, burla relativa a trabalho ou emprego, extorsão, danificação ou subtracção de documento e notação técnica, danos contra a natureza, uso de documentação de identificação ou de viagem alheio, poluição, auxílio à imigração ilegal, angariação de mão-de-obra ilegal e casamento de conveniência. A queixa pode ser apresentada por pessoas singulares, devidamente identificadas, nacionais ou estrangeiras, residentes em Portugal ou presentes em território nacional. Para aceder ao SQE bastará ao cidadão digitar a expressão «queixas electrónicas» num motor de busca à sua escolha. Assim que a queixa ou denúncia tenha sido submetida, o SQE produz automaticamente um documento confirmativo da recepção da

queixa, enviando um *e-mail* para a caixa de correio do queixoso com a indicação de um *link* para uma página de validação em que o cidadão terá de inserir o número de registo da queixa que apresentou; o cidadão deve seguidamente autenticar (certificação) a submissão da queixa electrónica por um dos seguintes meios: assinatura digital com recurso ao cartão do cidadão; confirmação a partir de uma conta VIACCT; confirmação presencial junto de qualquer posto da GNR, esquadra da PSP, balcões do SEF em loja do cidadão, bem como nas estações dos CTT. Subsequentemente, o SEQ regista a autenticação, posto o que as participações confirmadas são enviadas à entidade competente.

O prazo para apresentação de queixa, em qualquer das suas formas, é de seis meses, contados a partir da prática do crime, estabelecendo no entanto a lei, para os casos em que o crime só é conhecido depois deste período, que o prazo começa a contar na data em que o ofendido tiver conhecimento dos factos e dos seus autores. Decorridos estes prazos, deixa de ser possível responsabilizar o agente do crime.

Estando em causa crime semi-públicos e particulares, a desistência da queixa é admissível até ser proferida sentença e desde que não haja oposição do arguido. A desistência impede que a queixa seja renovada.

PROVA TESTEMUNHAL

A testemunha é ouvida sobre factos de que tenha conhecimento directo - aqueles que viu ou, mais correctamente, que chegaram até si através dos sentidos. Se o depoimento da testemunha resultar do que ouviu dizer a certas pessoas, tal só servirá como prova se essas pessoas forem chamadas a depor.

Em princípio, ninguém pode recusar-se a prestar depoimento. Mas há excepções:

- 1) Descendentes, ascendentes, irmãos, afins até ao segundo grau, adoptantes, adoptados e cônjuge do arguido;
- 2) Ex-cônjuge do arguido, ou pessoa, do outro ou do mesmo sexo, que com ele conviva ou tenha convivido em condições análogas às dos cônjuges, relativamente a factos ocorridos durante o casamento ou a coabitação;
- 3) Pessoas obrigadas a segredo profissional (embora estas, em determinados casos, possam ser obrigadas a testemunhar).

De entre os deveres da testemunha, os mais importantes são:

- a) Apresentar-se, no tempo e local devidos, à autoridade que a convocou;
- b) Obedecer às indicações que lhe forem dadas quanto à forma de prestar depoimento;
- c) Responder com verdade às perguntas que lhe forem feitas (sob pena de vir a ser acusada da prática do crime de falsidade de testemunho).

Para efeitos de notificações, a testemunha não é obrigada a dar a morada da sua residência, podendo optar por indicar o seu local de trabalho ou outro domicílio, de modo a evitar eventuais constrangimentos ou retaliações.

A testemunha pode fazer-se acompanhar por advogado sempre que tenha que prestar depoimento, não podendo contudo este intervir na inquirição.

A testemunha tem direito a ser compensada pela sua participação no processo (designadamente pelas despesas realizadas). A compensação a que as testemunhas têm direito cifra-se entre 1/16 e 1/8 de Unidade de Conta por cada deslocação ao tribunal, sendo

determinada em concreto consoante a distância percorrida pela testemunha e o tempo que tiver que despende.

PROTECÇÃO DE TESTEMUNHAS

Está legalmente prevista a aplicação de medidas para protecção de testemunhas em processo penal quando a sua vida, integridade física ou psíquica, liberdade ou bens patrimoniais de valor consideravelmente elevado sejam postos em perigo por causa do seu contributo para a prova dos factos que constituem objecto do processo.

Entre as medidas que podem ser adoptadas, incluem-se algumas especificamente destinadas a proteger as denominadas testemunhas particularmente vulneráveis: quando num determinado acto processual deva participar uma testemunha especialmente vulnerável (vulnerabilidade essa que pode resultar da sua avançada idade, do seu estado de saúde ou do facto de ter de depor contra pessoa da própria família ou de grupo social fechado em que esteja inserida numa situação de subordinação ou dependência), a autoridade judiciária competente deverá providenciar para que, independentemente da aplicação de outras medidas, tal acto decorra nas melhores condições possíveis, com vista a garantir a espontaneidade e a sinceridade das respostas:

O depoimento da testemunha especialmente vulnerável deve ter lugar o mais brevemente possível; sempre que se justificar, deverão ser-lhe tomadas declarações para memória futura: em caso de doença grave ou de deslocação para o estrangeiro, ou nos casos de vítima de crime de tráfico de pessoas ou contra a liberdade e autodeterminação sexual, pode o juiz de instrução (durante as fases de inquérito e instrução) ou o juiz de julgamento (na fase de julgamento, previamente à audiência) proceder à sua inquirição, a fim de que o depoimento possa, se necessário, ser tomado em conta no julgamento.

A inquirição é feita pelo juiz, podendo em seguida o Ministério Público, o defensor do arguido e os advogados do assistente e das partes civis inquirir directamente a vítima.

Em suma: de modo a garantir uma prova importante para o apuramento dos factos, permite-se a sua produção antecipada, podendo depois o auto de declarações resultante ser lido em audiência de julgamento. Contudo, a tomada de declarações para memória futura não significa obrigatoriamente que a vítima não prestará depoimento em julgamento, desde que seja possível e não puser em causa a sua saúde física ou psíquica.

O juiz que presida a acto processual público ou sujeito ao contraditório pode: dirigir os trabalhos de modo a que a testemunha especialmente vulnerável nunca se encontre com certos intervenientes no mesmo acto; ouvir a testemunha com utilização de meios de ocultação ou de teleconferência; proceder à inquirição da testemunha, podendo, depois disso, os outros juízes, os jurados, o Ministério Público, o defensor e os advogados das partes civis pedir-lhe a formulação de questões adicionais.

Logo que se aperceba da especial vulnerabilidade da testemunha, a autoridade deverá designar um técnico do serviço social ou outra pessoa especialmente habilitada para o seu acompanhamento e, se for caso disso, proporcionar à testemunha o apoio psicológico necessário por técnico especializado.

Em qualquer fase do processo, o juiz, a requerimento do Ministério Público, pode determinar o afastamento temporário da testemunha especialmente vulnerável da família ou do grupo social fechado em que se encontra inserida, podendo ser acolhida em serviços do Instituto de Segurança Social, em instituições particulares de solidariedade social que tenham acordo com o Estado Português ou em casa da rede pública de apoio a mulheres vítimas de violência.

O ASSISTENTE

O assistente é a vítima que assume a posição de colaborador do Ministério Público. Compete ao assistente:

- a) Intervir no inquérito e na instrução, oferecendo provas e requerendo as diligências que considerar necessárias (pode, por exemplo, requerer a aplicação de uma medida de coacção ao arguido/ agressor);
- b) Deduzir acusação independentemente da do Ministério Público;
- c) Nos crimes particulares, deduzir acusação particular, mesmo que o Ministério Público não acuse;
- d) Recorrer das decisões que o afectem, mesmo que o Ministério Público não recorra.

O assistente é obrigatoriamente representado por advogado, que pode ser oficiosamente nomeado, ao abrigo do regime do apoio judiciário, se aquele não tiver recursos económicos.

Constituindo-se como assistente, o ofendido não pode ser ouvido como testemunha, embora possa prestar declarações perante o Tribunal (sem que preste juramento), ficando sujeito ao dever da verdade.

A constituição como assistente é um direito que o ofendido de qualquer crime pode exercer, desde que tenha interesse directo. Nos crimes particulares é obrigatória a constituição como assistente para que o processo-crime prossiga.

A constituição de assistente pode ocorrer em qualquer fase do processo, excepto nos crimes particulares, em que se deve requerer a constituição no prazo de 10 dias após a apresentação da queixa. Nos casos em que não é concedido apoio judiciário, o ofendido deve pagar taxa de justiça. A taxa de justiça devida pela constituição como assistente é auto liquidada no montante de 1 Unidade de Conta, podendo ser corrigida, a final, pelo juiz, para um valor entre 1 UC e 10 UC, tendo em consideração o desfecho do processo e a concreta actividade processual do assistente.

PEDIDO DE INDEMNIZAÇÃO CIVIL

A vítima de crime pode pedir uma indemnização ao agressor pelos danos que tenha sofrido. Essa indemnização é requerida através da formulação de um pedido de indemnização civil, efectuado no respectivo procedimento criminal.

É dever do Ministério Público e dos órgãos de polícia criminal informar os eventuais lesados da possibilidade de pedirem aquela indemnização, das formalidades a observar, do prazo a cumprir e das provas a apresentar.

O lesado/demandante civil deve manifestar o interesse em deduzir o pedido de indemnização até ao encerramento do inquérito, sendo depois notificado do despacho de acusação, para deduzir o pedido no prazo de 20 dias. Se não tiver manifestado esse interesse, pode deduzir o pedido até 20 dias após a notificação do arguido do despacho de acusação.

Quando o pedido é apresentado pelo Ministério Público ou pelo assistente, é deduzido na acusação ou no prazo em que esta deva ser formulada (nos 10 dias subsequentes ao encerramento do inquérito).

A falta de contestação pelo demandado civil não implica confissão dos factos alegados pelo lesado/demandante civil.

O pedido de indemnização civil deve abranger os seguintes danos:

- a) Danos Patrimoniais, que englobam: 1) Dano Emergente, prejuízo causado nos bens ou nos direitos existentes à data da lesão. Por exemplo, tratamentos hospitalares, despesas com medicamentos, deslocações a consultas médicas, etc. 2) Lucro Cessante, os benefícios que o lesado deixou de obter devido à prática do crime. Por exemplo, salários que a vítima deixou de receber enquanto esteve incapacitada para o trabalho;

b) Danos morais (ou não patrimoniais): são os prejuízos que, sendo insusceptíveis de avaliação pecuniária, dado estar em causa a saúde, o bem-estar, a honra e o bom nome da vítima, apenas podem ser compensados com a obrigação monetária imposta ao autor do crime. Por exemplo, dor física e dor psíquica (resultante de deformações físicas sofridas), perda do prestígio ou reputação, etc.

Só é obrigatória a representação por advogado se o valor da indemnização pedida exceder a alçada do tribunal de 1ª instância (em Outubro de 2008, 5000,00 €). Quando a indemnização pretendida for inferior a este valor, pode o próprio lesado efectuar o pedido através de simples requerimento, que não está sujeito a formalidades especiais, podendo consistir em declaração em auto, com as indicações do prejuízo sofrido e das provas.

Compete ao Ministério Público formular o pedido de indemnização nos casos em que o lesado não dispõe de meios económicos, bem como nos restantes casos em que a representação lhe é atribuída por lei.

Se o pedido de indemnização não for apresentado nos prazos estabelecidos, no processo penal ou em separado, o tribunal, nos casos em que o arguido é condenado, pode arbitrar uma quantia como reparação pelos prejuízos sofridos pela vítima, quando se impõem particulares exigências de protecção desta (se, por exemplo, em consequência do crime, ficar em situação de carência económica).

Mesmo que não seja admissível recurso quanto à matéria penal, pode ser interposto recurso da parte da sentença relativa à indemnização civil.

SISTEMA DE ACESSO AO DIREITO E AOS TRIBUNAIS

VERTENTES DO SISTEMA

O sistema de acesso ao direito e aos tribunais destina-se a assegurar que a ninguém seja dificultado ou impedido, em razão da sua condição social ou cultural, ou por insuficiência de meios económicos, o conhecimento, o exercício ou a defesa dos seus direitos.

A finalidade deste sistema é, assim, garantir que mesmo os mais desfavorecidos tenham acesso à justiça, mediante o auxílio do Estado, compreendendo duas vertentes:

1) Informação jurídica. Incumbe ao Estado, através da criação, pelo Ministério da Justiça, de serviços de acolhimento nos tribunais e serviços judiciários, dar a conhecer o direito e o ordenamento legal, com vista a proporcionar um melhor exercício dos direitos e o cumprimento dos deveres legalmente estabelecidos;

2) Protecção jurídica. Garante o acesso à justiça aos mais desfavorecidos, sendo concedida para questões ou causas judiciais concretas ou susceptíveis de concretização em que o/a utente tenha um interesse próprio e que versem sobre direitos directamente lesados ou ameaçados de lesão. Concretiza-se através de duas modalidades:

a) Consulta Jurídica. Consiste no esclarecimento técnico sobre o direito aplicável a questões ou casos concretos, a prestar em gabinetes de consulta jurídica, no escritório dos advogados que adiram ao sistema de acesso ao direito ou por entidades públicas ou privadas sem fins lucrativos com legitimidade para o efeito;

b) Apoio Judiciário. Inclui estas quatro principais possibilidades: dispensa de taxa de justiça e demais encargos com o processo; nomeação e pagamento da

compensação de advogado; pagamento faseado de taxas de justiça e demais encargos com o processo; pagamento faseado da compensação de advogado.

Poderão ser beneficiários de protecção jurídica nas modalidades de Consulta Jurídica e Apoio Judiciário:

- 1) Os cidadãos nacionais e da União Europeia;
- 2) Os estrangeiros e os apátridas com título de residência válido num Estado-Membro da União Europeia (aos estrangeiros sem título de residência válido num Estado da União Europeia é reconhecido o direito a protecção jurídica na medida em que ele seja atribuído aos portugueses pelas leis dos respectivos Estados – princípio da reciprocidade);
- 3) As pessoas colectivas sem fins lucrativos (apenas na modalidade de apoio judiciário).

INSUFICIÊNCIA ECONÓMICA

Todos os que pretendam usufruir deste regime têm que demonstrar que se encontram em situação de insuficiência económica, isto é, que, tendo em conta factores de natureza económica e a respectiva capacidade contributiva, não têm condições para suportar pontualmente os custos de um processo ou de uma consulta jurídica.

A apreciação da insuficiência económica é apurada tendo em conta:

- a) O número de pessoas do agregado familiar (pessoas que vivem em economia comum com o requerente da protecção jurídica);
- b) O rendimento líquido completo do agregado familiar. Soma da receita líquida do

agregado familiar (depois da dedução do imposto sobre o rendimento e das contribuições obrigatórias para regimes de protecção social) com o montante da renda financeira implícita calculada com base nos activos patrimoniais (bens imóveis, bens móveis sujeitos a registo, participações sociais e valores mobiliários);

c) Deduções relevantes para efeitos de protecção jurídica. Encargos com necessidades básicas do agregado familiar e encargos com a habitação do agregado familiar.

O rendimento relevante para efeitos de protecção jurídica é o montante que resulta da diferença entre o valor do rendimento líquido completo do agregado familiar e o valor da dedução relevante para efeitos de protecção jurídica.

A estes elementos são aplicadas fórmulas de cálculo que permitirão apurar:

- 1) Se o requerente não tem condições para suportar qualquer quantia relacionada com os custos de um processo, devendo igualmente beneficiar de consulta jurídica gratuita;
- 2) Se o requerente tem condições objectivas para suportar os custos de uma consulta jurídica sujeita ao pagamento prévio de uma taxa, mas não tem condições objectivas para suportar pontualmente os custos de um processo, beneficiando de apoio judiciário na modalidade de pagamento faseado;
- 3) Se o requerente não se encontra em situação de insuficiência económica.

O requerente pode solicitar, por motivo justificado, que a apreciação da insuficiência económica tenha em conta apenas o rendimento, património e despesa dele próprio ou dele e de alguns elementos do seu agregado familiar. Tal pode suceder, por exemplo, em situações em que o requerente se encontre em litígio com algum elemento do seu agregado familiar, não fazendo sentido considerar o rendimento e património deste para o apuramento da ca-

pacidade económica do requerente, uma vez que, na prática, não poderá contar com aquele rendimento e património.

COMO PROCEDER PARA OBTER PROTECÇÃO JURÍDICA

O apoio judiciário aplica-se em todos os tribunais, qualquer que seja a forma do processo, nos julgados de paz e noutras estruturas de resolução alternativa de litígios. Aplica-se também nos processos de contra-ordenação e nos processos que corram nas conservatórias (como por exemplo os processos de divórcio por mútuo consentimento).

O requerimento deve ser apresentado em qualquer serviço de atendimento ao público da segurança social antes da primeira intervenção processual, excepto se a situação de insuficiência económica for superveniente, caso em que deve ser apresentado antes da primeira intervenção processual que ocorra após o conhecimento da situação de insuficiência económica.

Se se verificar insuficiência económica superveniente, o requerente deve juntar ao processo judicial em curso documento comprovativo da apresentação do pedido de apoio judiciário, suspendendo-se o prazo para pagamento da taxa de justiça e demais encargos com o processo até à decisão definitiva sobre este pedido.

Podem efectuar o requerimento de protecção jurídica:

- 1) O interessado na sua concessão;
- 2) Ministério Público em representação do interessado;
- 3) O advogado, advogado estagiário ou solicitador, em representação do interessado, bastando para comprovar essa representação as assinaturas conjuntas do interessado e do patrono.

O requerimento é formulado em impressos específicos para o efeito, disponibilizados gratuitamente pelos serviços de segurança social, podendo ser apresentado pessoalmente, por fax, correio ou através da Internet, neste caso através do preenchimento do respectivo formulário digital. O formulário digital está disponível em www.apav.pt: a vítima e a lei / apoio judiciário / Ministério da Justiça / formulário digital)

Este requerimento deverá ser acompanhado pelos documentos referidos no impresso. Se todos os elementos necessários à prova da insuficiência económica não forem entregues com o requerimento de protecção jurídica, os serviços de segurança social notificam o interessado para que este os apresente no prazo de 10 dias, sob pena de indeferimento do pedido.

Estão isentos de impostos, emolumentos e taxas os requerimentos, certidões e quaisquer outros documentos pedidos para fins de protecção jurídica.

Quando o pedido de apoio judiciário é apresentado na pendência de acção judicial e o requerente pretende a nomeação de patrono, o prazo que estiver em curso naquela acção interrompe-se com a junção aos autos do documento comprovativo da apresentação do requerimento, reiniciando-se ou a partir da notificação ao patrono nomeado da sua designação ou a partir da notificação ao requerente da decisão de indeferimento.

A audiência prévia do requerente de protecção jurídica tem obrigatoriamente lugar, por escrito, nos casos em que está proposta uma decisão de indeferimento, total ou parcial, do pedido formulado. Se aquele não se pronunciar no prazo que lhe for concedido, a proposta de decisão converte-se em decisão definitiva.

A decisão sobre a concessão de protecção jurídica compete ao dirigente máximo dos serviços de segurança social da área de residência ou sede do requerente, devendo ser notificada ao requerente e, se o pedido envolver a designação de patrono, também à Ordem dos Advogados.

O prazo para conclusão deste procedimento administrativo e respectiva decisão é de 30 dias e é contínuo (não se suspendendo durante as férias judiciais). Se este lapso de tempo decorrer sem que a referida decisão seja proferida, considera-se tacitamente deferido o pedido.

Neste caso, é suficiente a menção em tribunal da formação do acto tácito e, quando estiver em causa um pedido de nomeação de patrono, a tramitação subsequente é a seguinte:

- a) Quando o pedido tiver sido apresentado na pendência de acção judicial, o tribunal em que a causa está pendente solicita à Ordem dos Advogados que proceda à nomeação de patrono;
- b) Quando o pedido não tiver sido apresentado na pendência de acção judicial, incumbe ao interessado pedir a nomeação de patrono junto da segurança social, para que esta, no prazo de dois dias úteis, solicite a nomeação à Ordem dos Advogados.

A decisão não admite reclamação nem recurso hierárquico ou tutelar, sendo susceptível de impugnação judicial pelo interessado ou, no caso de o pedido ter sido apresentado na pendência de acção judicial, pela parte contrária. O recurso de impugnação é dirigido ao serviço de segurança social que apreciou o pedido, no prazo de 15 dias após o conhecimento da decisão, dispondo depois aquele serviço de 10 dias para decidir: ou revoga a decisão ou, mantendo-a, envia o processo para o tribunal competente.

A decisão que defira o pedido de protecção jurídica especifica as modalidades e a concreta medida do apoio concedido. O apoio judiciário mantém-se até ao final do processo, incluindo eventuais recursos, qualquer que seja a decisão sobre a causa. É extensivo a todos os processos que sigam por apenso àquele para o qual foi concedido, sendo-o também para o processo principal quando concedido em qualquer processo que decorra em apenso. Mantém-se ainda para as execuções fundadas em sentença proferida em processo em que essa concessão se tenha verificado.

No caso de deferimento do pedido de apoio judiciário nas modalidades de dispensa ou de pagamento faseado de taxas de justiça e demais encargos com o processo, deve o requerente juntar aos autos documento comprovativo da sua concessão no momento em que deveriam apresentar o documento comprovativo do pagamento da taxa de justiça.

Não havendo decisão final quanto ao pedido de apoio judiciário no momento em que deva ser efectuado o pagamento de taxa de justiça e demais encargos do processo judicial, procede-se do seguinte modo:

- 1) Se não for ainda conhecida decisão do serviço de segurança social competente, fica suspenso o prazo para proceder ao respectivo pagamento até que tal decisão seja comunicada ao requerente;
- 2) Sendo havido já decisão do serviço de segurança social concedendo apoio judiciário em modalidade de pagamento faseado, o pagamento da primeira prestação é devido no prazo de 10 dias contados da data da sua comunicação ao requerente, sem prejuízo do posterior reembolso das quantias pagas no caso de procedência da impugnação daquela decisão;
- 3) Tendo havido já decisão negativa do serviço da segurança social, o pagamento é devido no prazo de 10 dias contados da data da sua comunicação ao requerente, sem prejuízo do posterior reembolso das quantias pagas no caso de procedência da impugnação daquela decisão.

A nomeação de patrono, sendo concedida, é realizada pela Ordem dos Advogados, sendo notificada ao requerente e ao patrono nomeado. A nomeação de patrono oficioso, pela Ordem dos Advogados, destinado à propositura de uma acção, depende de juízo sobre a existência de fundamento legal da pretensão, feito em sede de consulta jurídica.

O beneficiário do apoio judiciário pode, em qualquer processo, requerer à Ordem dos Advogados a substituição do patrono nomeado, fundamentando o seu pedido.

CANCELAMENTO E CADUCIDADE DA PROTECÇÃO JURÍDICA

A protecção jurídica é cancelada, quer na sua totalidade, quer relativamente a algumas das suas modalidades:

- a) Se o requerente ou o respectivo agregado familiar adquirir meios suficientes para poder dispensá-la;
- b) Quando se prove por novos documentos a insubsistência das razões pela qual foi concedido;
- c) Caso os documentos que serviram de base à sua concessão sejam considerados falsos por decisão com trânsito em julgado;
- d) Se, em recurso, for confirmada a condenação do requerente como litigante de má fé;
- e) Se, em acção de alimentos provisórios, for atribuída ao requerente uma quantia para custear a acção;
- f) Se o requerente a quem tiver sido concedido apoio judiciário em modalidade de pagamento faseado não proceder ao pagamento de uma prestação e mantiver esse incumprimento no termo do prazo que lhe for concedido para proceder ao pagamento em falta acrescido de multa equivalente à prestação em falta.

A protecção jurídica pode ser retirada oficiosamente ou a requerimento do Ministério Público, da Ordem dos Advogados, da parte contrária ou do patrono nomeado, sendo o

.....

requerente sempre ouvido.

Se o requerente adquirir meios suficientes, deverá declarar estar em condições de dispensar a protecção jurídica em alguma ou em todas as modalidades concedidas, sob pena de ficar sujeito às sanções previstas para a litigância de má fé.

Caso se verifique que o requerente de protecção jurídica possuía à data do pedido ou adquiriu no decurso do processo ou no prazo de quatro anos após o seu termo, meios económicos para pagar honorários, despesas, custas, imposto, emolumentos, taxas e quaisquer outros encargos de cujo pagamento haja sido declarado isento, é instaurada acção para cobrança das respectivas importâncias pelo Ministério Público ou qualquer outro interessado.

Pode mesmo ser instaurado procedimento criminal se, para beneficiar da protecção jurídica, o requerente cometer crime.

A protecção jurídica extingue-se por morte da pessoa singular ou extinção ou dissolução da pessoa colectiva a quem foi concedida (salvo se os sucessores na lide, no incidente da sua habilitação, juntarem cópia do requerimento de apoio judiciário e o mesmo vier a ser deferido) ou se decorrer um ano após a sua concessão sem que tenha sido prestada consulta ou instaurada acção em juízo por razão imputável ao requerente.

Da decisão que determine o cancelamento ou verifique a caducidade da protecção jurídica cabe impugnação judicial.

INDEMNIZAÇÃO PELO ESTADO A VÍTIMAS DE CRIMES VIOLENTOS

A protecção às vítimas de crimes violentos consiste na atribuição a essas vítimas de uma

indemnização por parte do Estado, quando a mesma não possa ser satisfeita pelo delinquente e desde que o prejuízo tenha causado uma perturbação considerável do nível de vida do lesado. Foi criada uma Comissão no seio do Ministério da Justiça (Comissão de Protecção às Vítimas de Crimes), que instrui os pedidos de indemnização, cabendo depois a decisão ao Ministro da Justiça.

Podem requerer esta indemnização:

- 1) As vítimas de lesões corporais graves directamente resultantes de actos intencionais de violência praticados em território português;
- 2) Em caso de morte da vítima, as pessoas a quem a lei concede o direito a alimentos e as que vivessem em união de facto com a vítima;
- 3) As pessoas que auxiliaram a vítima ou colaboraram com as autoridades na prevenção da infracção, perseguição ou detenção do delinquente, relativamente aos prejuízos que por causa disso sofreram.

Devem verificar-se cumulativamente as seguintes condições:

- a) A lesão ter resultado uma incapacidade permanente, uma incapacidade temporária absoluta de pelo menos 30 dias, ou a morte;
 - b) O prejuízo ter provocado uma perturbação considerável do nível de vida da vítima ou, no caso de morte, do requerente;
 - c) A vítima não ter sido, efectivamente, indemnizada através do pedido deduzido em processo-crime, ou ser razoável prever que o agressor e responsáveis civis não repararão o dano, ou o agressor nem sequer ser conhecido, ou o agressor não poder
-

ser acusado ou condenado.

Nos casos de crimes contra a liberdade e a autodeterminação sexual, pode ser dispensada a verificação da primeira condição se circunstâncias excepcionais e devidamente fundamentadas assim o aconselharem. Esta excepção justifica-se pelo facto de, muito embora naquele tipo de crimes não ocorrer, em regra, uma incapacidade para o trabalho de pelo menos 30 dias, dever ainda assim, e em virtude da gravidade do ilícito, ser atribuída uma indemnização.

Este regime legal de indemnização pelo Estado não se aplica nos seguintes casos:

- a) Quando o dano for causado por um veículo terrestre a motor (nos casos em que o responsável não é conhecido ou não beneficie de seguro automóvel - que é obrigatório -, o Fundo de Garantia Automóvel garante, verificados certos requisitos, o pagamento de indemnizações por danos decorrentes deste tipo de sinistros);
- b) Quando forem aplicáveis as regras sobre acidentes de trabalho ou em serviço (casos em que a responsabilidade é da entidade empregadora que, em princípio, a terá transferido para uma companhia de seguros).

Apenas são indemnizáveis os danos patrimoniais resultantes da lesão, incluindo os lucros cessantes. A indemnização é fixada em termos de equidade, tendo como limite máximo o montante de 30 000 €. Este limite máximo é reduzido para metade no caso de a não concessão de qualquer indemnização ao requerente no âmbito do processo penal ou fora dele se dever a facto unicamente imputável ao requerente, nomeadamente por não ter deduzido pedido de indemnização cível ou por dele ter desistido.

Esta indemnização pode também ser reduzida ou excluída tendo em conta:

- 1) A conduta da vítima ou do requerente antes, durante ou após a prática dos factos;

2) As suas relações com o autor ou o seu meio; ou

3) se se mostrar contrária ao sentimento de justiça ou à ordem pública.

O pedido de indemnização pode ser apresentado até um ano a partir da data do facto criminoso ou, se houver processo criminal, até um ano após a decisão que lhe põe termo. A vítima que à data do acto intencional de violência fosse menor pode apresentar o pedido até um ano depois de atingida a maioridade ou de ser emancipada.

O Ministro da Justiça pode relevar o requerente do efeito da caducidade quando justificadas circunstâncias morais e materiais tiverem impedido a apresentação do pedido em tempo útil.

O pedido, que deve ser deduzido em formulário próprio, é dirigido ao Ministro da Justiça, mas é enviado para a Comissão de Protecção às Vítimas de Crimes Violentos. O formulário digital está disponível em www.apav.pt: a vítima e a lei / indemnização / requerimento para vítimas de crimes violentos.

O requerimento deve ser acompanhado de:

a) Indicação do montante da indemnização pretendido;

b) Cópia da declaração fiscal de rendimentos da vítima relativa ao ano anterior ao da agressão, bem como, no caso de morte, da do requerente;

c) Documentação comprovativa das lesões sofridas, do período de doença, do período de incapacidade para o trabalho, da incapacidade absoluta para o trabalho resultante do crime e das quantias gastas e das verbas não recebidas por causa da agressão;

.....

d) Indicação de qualquer importância já recebida, bem como das pessoas ou entidades públicas ou privadas susceptíveis de, no todo ou em parte, virem a efectuar prestações relacionadas com o dano.

O pedido está isento do pagamento de quaisquer custas ou encargos para a vítima, podendo inclusivamente os documentos e certidões necessárias para a instrução deste processo ser obtidos gratuitamente.

Quem obtiver ou tentar obter uma indemnização nos termos deste regime com base em informações falsas ou inexactas pode ser punido com pena de prisão até 3 anos ou multa.

Em caso de urgência (situação de grave carência económica, por exemplo) pode ser requerida à Comissão a atribuição de uma provisão por conta da indemnização que vier a ser atribuída, de montante não superior a um quarto do limite máximo.

A vítima de um crime cometido no território de outro Estado Membro da União Europeia, que tenha a sua residência habitual em Portugal, pode apresentar pedido de indemnização perante a Comissão de Protecção às Vítimas de Crimes Violentos do Ministério da Justiça. Caberá a esta comissão apoiar a vítima na dedução deste pedido (fornecendo-lhe os formulários adequados, ajudando-a no seu preenchimento e informando-a acerca dos documentos necessários, por exemplo) transmitir o pedido à autoridade competente do Estado-Membro em que o crime foi consumado e auxiliar na instrução do mesmo. Em sentido inverso, a vítima de um crime violento praticado em território português que tenha a sua residência habitual noutro Estado-membro poderá apresentar o seu pedido de indemnização perante a autoridade competente do seu Estado de residência. Esta autoridade deverá transmitir o pedido à comissão portuguesa, que fará a instrução do pedido e determinará a quantia a pagar pelo Estado Português.

INDEMNIZAÇÃO PELO ESTADO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA CONJUGAL

Da Lei n.º 129/99, de 20.8, consta o regime jurídico aplicável ao adiantamento pelo Estado das indemnizações devidas às vítimas de violência conjugal.

Deste regime jurídico podem beneficiar as vítimas do crime previsto e punido no art.º 152º do Código Penal (crime de violência doméstica) se, em virtude deste crime, ficarem em situação de grave carência económica.

O adiantamento da indemnização pode ser requerido:

- 1) Pela vítima;
- 2) Por associação de protecção à vítima (por solicitação e em representação desta);
- 3) Pelo Ministério Público.

Do requerimento dirigido ao Ministro da Justiça e apresentado à Comissão de Protecção às Vítimas de Crimes Violentos. O formulário digital está disponível em www.apav.pt: a vítima e a lei / indemnização / requerimento para vítimas de violência doméstica), que instruirá o processo, constará:

- a) A indicação dos factos em que se baseia o pedido;
- b) A montante do adiantamento pretendido;
- c) A menção de qualquer importância recebida a título de reparação do dano.

Deve juntar-se cópia da denúncia apresentada ou do auto de notícia.

O requerimento deve ser entregue no prazo de seis meses a contar da data dos factos, sob pena de caducidade, podendo contudo o efeito desta ser relevado pelo Ministro da Justiça caso tenha havido motivo justificativo da não formulação do pedido em tempo útil. O montante do adiantamento é fixado por juízo de equidade, não podendo contudo exceder o equivalente mensal ao salário mínimo nacional. É atribuído durante três meses, prorrogável por igual período e, em situações de especial carência, por mais seis meses, no máximo temporal excepcional de 12 meses. A vítima deve comunicar à Comissão todas as alterações da sua situação socioeconómica ou familiar, ou qualquer outra alteração susceptível de influenciar a decisão proferida, bem como restituir as importâncias recebidas, até ao limite do que lhe fora adiantado, caso obtenha reparação, total ou parcial, do dano sofrido.

O INTERNAMENTO COMPULSIVO

A Lei n.º 36/98, de 24.07, regula a problemática da saúde mental e, designadamente, o internamento compulsivo de portadores de anomalia psíquica. Tal poderá ser o caso, do agressor de uma pessoa idosa (por exemplo, um filho ou um neto). Convém termos alguns conhecimentos elementares sobre esta realidade jurídica, de modo a podermos ajudar a accioná-la, se necessária num processo de apoio.

O accionamento da Lei de Saúde Mental, principalmente no seu capítulo que versa o internamento compulsivo, deve de ser analisado com todo o cuidado, porque, para todos os efeitos, a mesma representa a configuração de uma restrição a um direito fundamental: a liberdade. Assim, o accionamento da lei deve ser o mais fundamentado possível, para que seja totalmente justificada esta supressão da liberdade de uma pessoa, em prol do seu estado de saúde, da integridade ou vida de outros e/ou da protecção de bens de relevante valor. Assim,

Pode ser internado compulsivamente o portador de anomalia psíquica grave que:

1) Crie, por força dessa anomalia, uma situação de perigo para bens jurídicos de relevante valor, próprios ou alheios, de natureza pessoal ou patrimonial, e que se recuse a submeter-se ao tratamento médico necessário;

2) Não possua o discernimento necessário para avaliar o sentido e o alcance do consentimento, quando a ausência do tratamento deteriore de forma acentuada o seu estado.

O internamento compulsivo só pode ser determinado se for proporcional ao grau de perigo para os bens jurídicos em causa. Além disso, tem carácter subsidiário, só devendo ser aplicado quando é a única forma de garantir a protecção dos bens em causa.

Devemos considerar que o bem jurídico em causa, de relevante valor, pode ser intrínseco à pessoa ou alheio à mesma. Isto que significa que a integridade física do próprio ou dos outros é um factor a ser tomado em conta, tendo a vida o valor de bem supremo. Neste ponto, é comum ser posto em causa se a pessoa em causa tem capacidade para se auto-gestionar ou não. E se a abrangência dessa auto-gestão significa conseguir manter-se vivo, em qualidade humanamente aceitável, ou não. É sempre indicado ter a avaliação de um técnico de saúde mental, ou pelo menos técnico de saúde, de modo a que essa avaliação seja rigorosa e para que os direitos fundamentais da pessoa sejam garantidos.

Quanto aos sem abrigo, alcoólicos e toxicodependentes, só podem ser internados nos termos desta lei com fundamento numa anomalia psíquica associada e não pelo facto de serem toxicodependentes, alcoólicos, etc.

O internamento compulsivo pode ser requerido por:

a) Representante legal do portador de anomalia psíquica (por exemplo, pais, tutores legais, etc.);

- b) Qualquer pessoa com legitimidade para requerer a interdição (por exemplo, o cônjuge);
- c) As autoridades de saúde pública: director-geral de saúde, delegados regionais de saúde, delegados concelhios de saúde;
- d) O Ministério Público;
- e) O director clínico do estabelecimento onde esteja em curso um internamento voluntário.

O médico psiquiatra que acompanha o doente mental não tem o dever de requerer o internamento compulsivo, em nome da preservação da relação de confiança entre o médico e o doente. No entanto, o médico pode dirigir-se ao delegado de saúde para que este faça o requerimento de internamento.

O requerimento de internamento deve ser dirigido ao juiz do tribunal competente para apreciar a questão. O Tribunal competente é o Tribunal de Comarca da área de residência do internando (em Lisboa e Porto é o Tribunal Criminal).

As pessoas com legitimidade para requerer o internamento devem fazê-lo através de requerimento escrito, sem formalidades especiais, dirigido ao tribunal competente, contendo a descrição dos factos que fundamentam a pretensão de internamento.

Sempre que possível, o requerimento deve ir acompanhado de elementos que possam contribuir para a decisão do Juiz, como por exemplo relatórios clínico-psiquiátricos e psicossociais.

Após receber o requerimento, o juiz notifica o portador de anomalia psíquica (o internando), informando-o dos direitos e deveres processuais que lhe assistem e nomeia-lhe defensor.

O juiz determina ainda a efectivação das diligências necessárias e a realização da avaliação clínico - psiquiátrica do internando: esta avaliação é obrigatória, só podendo ser dispensada quando o portador de anomalia psíquica já estiver internado. Se for previsível a não comparência do internando na avaliação clínico-psiquiátrica, o juiz ordena a emissão de mandado de condução.

A avaliação clínico-psiquiátrica é feita nos serviços de assistência psiquiátrica da área de residência do internando (ou, excepcionalmente, no serviço de psiquiatria forense do Instituto de Medicina Legal da respectiva circunscrição) por dois psiquiatras, no prazo de 15 dias.

Após ter recebido o relatório da avaliação clínico-psiquiátrica, o juiz designa a data da sessão conjunta, notificando o internando, o defensor, o requerente e o Ministério Público. Podem ainda ser convocados, se oportuno, o médico assistente e o psiquiatra. A presença do defensor e do Ministério Público é obrigatória.

O juiz toma a decisão de internar ou não, que é sempre fundamentada, podendo recorrer da decisão o internado, o defensor, os familiares, o Ministério Público, o representante legal do internado e as autoridades de saúde pública. O recurso é dirigido ao Tribunal da Relação competente.

O internamento finda logo que cessem os pressupostos necessários para a sua manutenção (por exemplo, quando deixar de haver perigo para os bens jurídicos em causa, etc.). De dois em dois meses, o Tribunal reaprecia obrigatoriamente a situação de internamento. Pode contudo, e a todo o tempo, requerer-se essa reapreciação se for invocada causa justificativa da cessação do internamento.

O internamento é substituído pelo tratamento em regime ambulatorio sempre que seja possível manter esse tratamento em liberdade.

O internando tem o direito de ser informado sobre os seus direitos, de estar presente em actos processuais, de ser ouvido e assistido por defensor (o defensor não tem de ser um advogado, podendo ser, por exemplo, o médico do internando), de requerer diligências e de recorrer da decisão. Os seus direitos são também garantidos através do mecanismo do *habeas corpus*, que qualquer cidadão pode accionar.

O internado é submetido aos tratamentos indicados, com a garantia de não ser sujeito a electrochoques ou a intervenção psicocirúrgica sem o seu consentimento escrito ou do seu representante legal. Nos casos de psicocirurgia exige-se ainda um parecer escrito favorável de dois psiquiatras.

O internado compulsivo tem as mesmas garantias que o internado voluntário.

Saliente-se que o internamento compulsivo tem carácter excepcional, sendo o tratamento voluntário a regra, pelo que o consentimento do internando é sempre relevante. Dado o carácter excepcional do internamento compulsivo, sempre que for possível é substituído por tratamento em regime ambulatorio.

Quando exista perigo iminente para os bens jurídicos em causa, o portador de anomalia psíquica pode ser internado de urgência:

As situações que requerem o accionamento do internamento compulsivo não voluntário são quase sempre situações de crise, de ameaça iminente, da qual depende a sua estabilização o afastamento e tratamento do portador de anomalia psíquica. A avaliação por pessoal especializado nem sempre ou quase nunca é possível. Nestes casos, e para tornar mais rigorosa a avaliação é imprescindível que sejam registados todos os factores circundantes à crise observada.

a) As autoridades de polícia (PSP, GNR, PJ) ou de saúde pública podem, através

de mandado, determinar a condução do portador de anomalia psíquica à urgência psiquiátrica mais próxima;

b) Nos casos de urgência em que não seja possível a emissão prévia de mandado e em que da demora possa resultar a agravação do perigo, as autoridades policiais podem proceder à condução imediata do portador de anomalia psíquica para a urgência psiquiátrica mais próxima.

É primariamente às forças de segurança que cabe a responsabilidade de “lavar em auto”, ou seja, de registar em documento próprio os pressupostos que justificaram a condução da pessoa à urgência psiquiátrica. No entanto, todos os dados são importantes para que este relatório seja produzido. Para este efeito, deve ser prestado todo o auxílio e informação à autoridade de polícia, para que esta possa elaborar o auto com a máxima precisão e informação possível.

Apesar de, em algumas situações, ser necessário o uso de contenção física no transporte do portador de anomalia psíquica, esta deve ser sempre considerada como início do tratamento e não como punitiva. Assim sendo, a força utilizada deve ser sempre a adequada à pessoa e apenas ao dano que esta possa causar. A pessoa deve ser sempre avaliada e observada durante todo o transporte, até à urgência hospitalar, exactamente pela presença da possibilidade desse dano.

O juiz vai depois decidir a manutenção, ou não, do internamento, no prazo máximo de 48 horas, a contar da privação de liberdade: se a decisão for de manutenção do internamento, o juiz dá início ao processo de internamento compulsivo, ordenando que no prazo de 5 dias tenha lugar nova avaliação clínico-psiquiátrica, realizada por dois psiquiatras que não tenham realizado a anterior avaliação.

O internado de urgência tem os mesmos direitos e deveres que o internado não urgente,

sendo realizadas uma sessão conjunta bem como todas as diligências necessárias nos mesmos termos do internamento não urgente.

A lei reconhece aos familiares dos portadores de anomalia psíquica um papel determinante:

- 1) Podem requerer o internamento compulsivo;
- 2) Podem recorrer da decisão sobre o internamento, e da decisão sobre a continuação deste;
- 3) Podem requerer a revisão da situação de internamento e apresentar reclamações à Comissão de Acompanhamento (que deve integrar um representante das Associações de familiares e utentes de saúde mental).

O familiar mais próximo do internando e a pessoa com quem ele viva em união de facto podem requerer diligências no decurso do processo, sendo obrigatória a comunicação a estes familiares do internamento e a decisão de manutenção do internamento de urgência.

O DIREITO A ALIMENTOS

Quando uma pessoa não tiver possibilidade de prover à sua subsistência e uma outra esteja em condições de a sustentar, pode surgir, em determinadas circunstâncias e relativamente a certas pessoas, uma obrigação alimentar. Essa obrigação de prestar alimentos verifica-se normalmente no âmbito familiar, sendo, nesse caso, expressão da solidariedade devida naquele aspecto entre os membros da família.

Alimentos são tudo o que é indispensável ao sustento, habitação, vestuário e, no caso dos menores, à sua instrução e educação, podendo a obrigação de os prestar recair, por exemplo, sobre:

- 1) Cônjuge ou ex-cônjuge;
- 2) Descendentes;
- 3) Adoptado;
- 4) Irmãos;
- 5) Outras pessoas com base em obrigações legais, tais como doações, testamentos, etc.

Os alimentos são fixados atendendo-se aos meios de quem houver que prestá-los e à necessidade daquele que houver de recebê-los. É também valorada a dignidade do alimentando, uma vez que os alimentos não são devidos quando o credor se mostrar, pelo seu comportamento, indigno de os receber daquele que os deve prestar.

Na origem da prestação de alimentos estão frequentemente as situações de divórcio.

Qualquer cônjuge pode ter direito a alimentos, independentemente do tipo de divórcio. Na fixação do montante dos alimentos deve o tribunal tomar em conta a duração do casamento, a colaboração prestada à economia do casal, a idade e estado de saúde dos cônjuges, as suas qualificações profissionais e possibilidades de emprego, o tempo que terão de dedicar, eventualmente, à criação de filhos comuns, os seus rendimentos e proventos, um novo casamento ou união de facto e, de modo geral, todas as circunstâncias que influam sobre as necessidades do cônjuge que recebe os alimentos e as possibilidades do que os presta.

Todo este regime é igualmente aplicável às situações de separação judicial de pessoas e bens.

Nos casos de separação de facto, o dever de assistência entre o casal não se extingue, desde que a separação não seja imputável a qualquer dos cônjuges. Se um dos cônjuges

.....

for o responsável pela separação, é a este que incumbe o dever de assistência.

Entre os cônjuges existe o dever de assistência, que compreende a obrigação de prestar alimentos e a obrigação de contribuir para os encargos da vida familiar. Este último dever incumbe a ambos os cônjuges de acordo com as possibilidades de cada um e pode ser cumprido através da afectação dos seus recursos aos encargos, ou através do trabalho no lar ou da manutenção e educação dos filhos. Se um dos cônjuges não contribui para o suporte destes encargos, pode o outro exigir em Tribunal que lhe seja directamente entregue parte dos rendimentos auferidos pelo primeiro.

Para obter uma prestação de alimentos, deve o interessado intentar uma acção judicial, na qual deve alegar e provar a sua legitimidade, os seus rendimentos, as suas necessidades e os rendimentos daquele de quem se pretende obter a prestação, concluindo com a dedução do pedido, consubstanciado num determinado montante mensal.

Em caso de urgência, pode o interessado recorrer ao procedimento cautelar de alimentos provisórios: fazendo prova sumária das suas necessidades e das possibilidades de quem deve prestar a pensão, requer ao tribunal que fixe uma pensão mensal provisória, que será prestada enquanto não houver uma decisão definitiva. Este procedimento fica dependente da acção principal onde se faz o pedido de alimentos.

Quando não é paga a prestação de alimentos, deve o interessado comunicar ao tribunal este incumprimento, podendo ser decretado que a prestação seja retirada do salário do devedor de alimentos (caso este seja trabalhador por conta de outrem). Pode também o interessado propor uma acção executiva contra o devedor.

A violação da obrigação de alimentos configura um crime semipúblico, podendo traduzir-se através das seguintes condutas:

1) Não cumprir a obrigação de alimentos no prazo de dois meses seguintes ao vencimento, estando legalmente obrigado a prestá-los e em condições de o fazer - pena de multa até 120 dias;

2) Não cumprir reiteradamente esta obrigação - pena de prisão até um ano ou pena de multa até 120 dias;

3) Não cumprir esta obrigação, pondo em perigo a satisfação, sem auxílio de terceiro, das necessidades fundamentais de quem a eles tem direito, pena de prisão até dois anos ou pena de multa até 240 dias;

4) Colocar-se a si próprio intencionalmente na impossibilidade de prestar alimentos, violando a obrigação a que está sujeito - pena de prisão até dois anos ou pena de multa até 240 dias;

Se a obrigação vier a ser cumprida, pode o tribunal dispensar de pena ou declarar extinta, no todo ou em parte, a pena ainda não cumprida.

MAIORES EM SITUAÇÃO DE INCAPACIDADE

Legalmente, são consideradas maiores incapazes as pessoas com mais de 18 anos de idade que, em razão de uma alteração ou de uma insuficiência das suas faculdades pessoais, não se encontram em condições de compreender, exprimir ou tomar, de forma autónoma, decisões relativas à sua pessoa e/ou aos seus bens, não podendo, em consequência, proteger os seus interesses. Muitas pessoas idosas poderão estar nesta situação.

No entanto, a incapacidade não se confunde com a dependência. Esta é um estado em que se encontram as pessoas que, por razões ligadas à falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, têm necessidade de uma assistência e/ou de ajudas importantes a

fim de realizar os actos correntes da vida.

Podemos assim dizer que todas as pessoas em situação de incapacidade estão dependentes, mas nem todas as pessoas em situação de dependência são incapazes. Nem sempre, em relação às pessoas idosas, as famílias entendem esta diferença e agem com uma limitação da autonomia daquelas, tomando decisões em seu lugar e usando – e abusando – dos seus bens. Estas pessoas idosas são, então, vítimas de violência económica e financeira, se não de outros tipos de violência, também.

DIAGNÓSTICO CLÍNICO

A incapacidade só pode ser determinada com base num diagnóstico clínico: só a observação clínica pode determinar a existência de uma doença, deficiência ou situação de dependência suficientemente grave para ocasionar uma situação de incapacidade.

O diagnóstico clínico deve conter a indicação da causa da incapacidade e sua extensão, designadamente os efeitos ao nível da gestão da pessoa e dos seus bens referindo, expressamente, as áreas em que precisa de apoio.

Sempre que um familiar ou um profissional verifique que o adulto apresenta sinais que podem comprometer a livre e esclarecida formação e/ou expressão da vontade deve, de imediato, solicitar ao médico que normalmente acompanha a pessoa ou a um especialista da área da saúde mental o respectivo relatório clínico.

DIAGNÓSTICO SOCIAL

Para além do diagnóstico clínico, é importante proceder a uma caracterização social do indivíduo em situação de incapacidade, de forma a fornecer ao tribunal as informações suficientes para que este conheça melhor a pessoa em causa e possa decidir quem assum-

irá as funções de tutor ou curador.

A família deve por isso fornecer todos os dados relevantes relativamente aos seguintes aspectos:

- 1) Situação patrimonial do indivíduo;
- 2) Constituição do agregado familiar;
- 3) Rede informal de apoio;
- 4) Rede formal de apoio;
- 5) Residência.

A existência de um vínculo de parentesco não legitima nenhum familiar a assumir decisões que se prendem com a pessoa ou com os bens do seu parente.

Neste sentido não pode:

- a) Movimentar contas bancárias do familiar (salvo se for titular da conta ou se se encontrar legalmente mandatado para o efeito);
 - b) Proceder à venda ou oneração de bens (salvo se se encontrar legalmente mandatado para o efeito);
 - c) Denunciar contratos de arrendamento de que o maior incapaz seja outorgante;
 - d) Autorizar intervenções de saúde ou acolhimento em resposta social.
-

Todavia, a família é confrontada com a necessidade de intervir, de forma a garantir a qualidade de vida da pessoa incapaz. Deverá, assim, agir de acordo com o definido para a gestão de negócios.

GESTÃO DE NEGÓCIOS DE UMA PESSOA INCAPAZ

A gestão de negócios é uma figura jurídica que traduz as situações em que uma pessoa assume a direcção de negócio alheio no interesse e por conta do respectivo dono, sem para isso estar autorizada.

O familiar ou o técnico, quando necessitarem de tomar decisões relativas às pessoas e bens dos maiores em situação de incapacidade, actuam como gestores de negócios, considerando-se «negócio», neste contexto, a vida de uma pessoa maior incapaz.

No caso específico dos maiores em situação de incapacidade, o familiar ou o profissional que assumir o papel de gestor de negócios deve procurar agir com bom senso e procurando cumprir as seguintes linhas de actuação:

- 1) Intervir apenas em caso de urgência;
- 2) Garantir a qualidade de vida do incapacitado;
- 3) Evitar tomar decisões que afectem irreversivelmente a vida ou o património do incapaz;
- 4) Procurar conhecer e respeitar, sempre que possível, a vontade real e presumível do maior incapaz;
- 5) Garantir a transparência da gestão, aconselhando-se com outras pessoas que constituam a rede informal de apoio do incapaz, sobre as decisões tomadas ou a

tomar que afectem com mais relevância a vida do maior com incapacidade;

6) Criar e manter actualizado um processo individual do incapaz, perceptível, que constitua um documento caracterizado do indivíduo, no qual devem ser registados todos os dados relevantes para a intervenção, quer ao nível pessoal, quer ao nível financeiro:

- a) Inventário dos bens identificáveis que o maior incapaz possui;
- b) Indicação das contas bancárias movimentadas pelo gestor de negócios;
- c) Mapa de movimentos financeiros mensais, com indicação das quantias, datas dos movimentos e respectiva justificação;
- d) Documentos comprovativos das despesas efectuadas com o maior incapaz;
- e) Documentos comprovativos dos rendimentos do maior incapaz.

APOIO PSICOLÓGICO

O Apoio Psicológico é prestado por psicólogos(as) ou por outros profissionais devidamente qualificados.

Sobre o Apoio Psicológico, enquanto apoio especializado que pode ser disponibilizado nas várias instituições ou serviços, devemos reter, desde já, que a sua orientação dependerá de factores tão particulares como a escola ou modelo de intervenção concreto em que se inserem os psicólogos que o vão desenvolver; e tão gerais como a ideologia, a religião e a orientação política que fazem o enquadramento de determinadas instituições ou serviços.

.....

Ou seja, o modo como este Apoio Psicológico é desenvolvido junto das pessoas pode ser muito diverso de instituição para instituição; e de profissional para profissional. Pode ser dado em grupo (em grupos de auto-ajuda) ou individualmente.

De qualquer modo, é possível indicar alguns aspectos a ter em consideração, independentemente de o Apoio Psicológico decorrer de uma escola ou modelo de intervenção em concreto. Podem servir de orientação a psicólogos de diferentes escolas e formações, com base em técnicas psicoterapêuticas que iremos apresentar seguidamente. Destinam-se à necessária adaptação e ajustar-se-ão melhor a um tipo de apoio individual, isto é, em que se encontram face a face apenas o(a) psicólogo(a) e a pessoa idosa vítima.

REFERENCIAIS DO APOIO PSICOLÓGICO

Enquanto psicólogos de um processo de apoio à pessoa idosa vítima podemos orientar a nossa intervenção sem ter de recorrer a técnicas altamente elaboradas e especializadas ou à experimentação de modelos ou teorias de intervenção terapêutica que não dominemos com eficácia, ou que se encontrem desenquadradas do contexto da instituição ou serviço onde estamos; e do modelo de intervenção preconizado para trabalhar com pessoas vítimas de crime.

A finalidade do Apoio Psicológico pode ser compreendida, por um lado, em função da pessoa idosa a que se destina, o que pressupõe um prévio conhecimento das reacções da vítima face ao estímulo que o crime representa e das consequências que este acarreta sob o ponto de vista físico, psicológico e social. Por outro lado, aqui intervenção psicológica tem em vista contribuir para a minimização do sofrimento da vítima.

PRINCÍPIOS OPERATIVOS

Quando prestamos Apoio Psicológico, devemos ter em conta os seguintes princípios operativos:

- 1) Explicar à pessoa idosa o princípio da resolução de problemas: ou seja, ajudar a compreender que a angústia e o comportamento inadequado resultam de uma deficiente resolução de um problema;
- 2) Definir e formular o(s) problema(s): obter informação acerca do(s) problema(s) em termos específicos e concretos; decidir qual abordar primeiro; estabelecer objectivos realistas e especificar resultados desejáveis;
- 3) Identificar soluções alternativas: sugerir à pessoa idosa a busca de soluções possíveis e realistas;
- 4) Avaliar os recursos internos da pessoa idosa: é importante termos consciência dos seus pontos fracos e fortes, o que nos permitirá ter uma visão mais nítida das alternativas com hipóteses de êxito;
- 5) Encorajar a pessoa idosa a fazer uma escolha após atenta ponderação, e quando a escolha se afigurar como a mais adequada;
- 6) Ajudar o/a utente a dissecar o método escolhido em passos manejáveis e a antecipar as suas possíveis implicações e obstáculos;
- 7) Verificar a eficácia: avaliar em conjunto com a pessoa idosa o resultado obtido e quais os benefícios positivos e negativos que este lhe trouxe.

O Apoio Psicológico visa proporcionar uma experiência significativa para a pessoa idosa

vítima, levando-o à mudança.

A mudança que desejamos obter/atingir é aquela que a pessoa idosa é capaz de construir, tendo em conta os seus recursos (internos e externos).

Para levar a cabo os objectivos do Apoio Psicológico, podemos recorrer às seguintes técnicas:

- a) Colocar questões abertas e fechadas e pedidos de clarificação: estas técnicas permitem recolher informação e clarificar aspectos do discurso da pessoa idosa.
- b) Encorajar, parafrasear e sumariar: estas técnicas permitem comunicar à pessoa idosa que a estamos ouvir e a compreender, bem como a estruturar a entrevista.

O CONTRATO TERAPÊUTICO

Ao iniciar o Apoio Psicológico, devemos estabelecer com a pessoa idosa um conjunto de regras e procedimentos: o «contrato terapêutico».

Neste contrato, deve ficar claramente estabelecido o horário, a frequência e a duração das sessões de apoio psicológico:

- 1) A pessoa idosa deve conhecer desde logo qual o dia (ou dias) da semana e hora a que as sessões decorrerão;
- 2) A pessoa idosa deve ser informada de que cada sessão tem uma duração compreendida entre os 45 e os 50 minutos.

No momento do estabelecimento do contrato terapêutico, devemos explicar-lhe a importância da sua assiduidade e da sua pontualidade nas sessões. Também devemos salientar que as sessões não poderão ser prolongadas para além do período contratado (45 a 50 minutos), salvo se alguma razão ponderosa o justificar.

REGRAS BÁSICAS

Para além do contrato terapêutico, há quatro regras básicas que devemos ter sempre presente enquanto psicólogos devemos:

a) Respeitar a neutralidade. A neutralidade significa responder à pessoa idosa sem acrescentar nada de pessoal, de preconcebido, à nossa resposta. Exige-se a ausência de opiniões pessoais, de auto-revelações, de manipulações e de outras respostas desenquadradas do Apoio Psicológico. Tal não significa indiferença ou falta de preocupação, mas permitirá à pessoa idosa a sua livre expressão emocional e afectiva sem constrangimentos introduzidos pelo(a) psicólogo(a);

b) Respeitar o anonimato. O anonimato é outra regra básica para o funcionamento em boas condições do Apoio Psicológico. Assim, devemos evitar auto-revelações, isto é, expor a nossa vida privada e pessoal dentro do registo terapêutico. Uma grande quantidade de informações sobre a nossa vida pessoal perturbaria o desenvolvimento da relação com a pessoa idosa, que se pretende profissional e benéfica para esta. As formas mais comuns de violação do anonimato são:

- 1) A expressão de opiniões pessoais em relação a assuntos e problemas levantados pela pessoa idosa, pessoais ou gerais;

- 2) A revelação de atitudes, sentimentos, reacções e/ou fantasias pessoais em resposta ao material da pessoa idosa, incluindo reacções pessoais aos sentimentos, fantasias e percepções manifestas ou latentes da pessoa idosa em relação ao(à) psicólogo(a);
- 3) A revelação de aspectos da nossa vida pessoal: planos de férias, orientações políticas e outras, passatempos e interesses, em suma, todo o tipo de informação pessoal;
- 4) A informação detalhada relativa ao nosso estado de saúde, prestada para justificar o cancelamento de sessões;
- 5) Qualquer tentativa para justificar um aspecto da técnica terapêutica, uma intervenção particular ou as razões para uma atitude ou reacção particular.

A neutralidade e o anonimato são dois aspectos do registo terapêutico que se encontram inter-relacionados e que são básicos para o funcionamento e estabelecimento de uma boa relação terapêutica. Modificações nestas duas regras básicas implicam alterações graves neste tipo de relação e produzem ou salientam determinados movimentos defensivos ou patológicos, tanto no(a) psicólogo(a) como na pessoa idosa.

c) Respeitar a privacidade. A privacidade é uma condição necessária para o bom desenvolvimento do Apoio Psicológico. Produzirá na pessoa idosa uma sensação de segurança e protecção. Assim, devemos adoptar o seguinte procedimento: as transacções entre si e o/a utente devem ocorrer exclusivamente dentro do espaço destinado ao Apoio Psicológico, o que é importante para incutir na pessoa idosa sentimentos de segurança e protecção. Devemos, assim, evitar contactos com o/a utente fora do espaço onde decorrem as sessões de Apoio Psicológico;

d) Respeitar o sigilo. O sigilo impõe que nenhuma informação, de qualquer natureza, relativa à pessoa idosa, seja transmitida a terceiros sem o consentimento daquela.

SESSÃO DE APOIO PSICOLÓGICO

Numa sessão de Apoio Psicológico devemos ter em conta os seguintes objectivos:

- 1) Facilitar a expressão emocional. Devemos estimular a pessoa idosa a partilhar os seus sentimentos, assegurando-lhe e demonstrando-lhe que esta expressão será aceite sem julgamentos de qualquer tipo;
- 2) Facilitar a comunicação. Devemos tornar visíveis os problemas relacionados com a comunicação e realçar as falhas existentes, tanto na relação da pessoa idosa connosco como, por exemplo, com a sua própria família e/ou amigos;
- 3) Facilitar à pessoa idosa a compreensão dos seus problemas e das suas respostas. Devemos elucidar a pessoa idosa quanto à natureza do crime que sofreu e referir-lhe que aquilo que sente é vivido por mais pessoas em situações idênticas: esta atitude ajudá-lo-á a identificar problemas e possíveis soluções;
- 4) Mostrar interesse, empatia e fortalecer a auto-estima. São talvez as nossas tarefas mais valiosas enquanto psicólogos. É importante fortalecer a auto-estima da pessoa idosa para poder promover uma alteração de comportamento e proporcionar uma saída positiva da crise. Para alcançar este objectivo, devemos encorajá-lo sempre que faça algum progresso, bem como discutir os motivos de eventuais fracassos;
- 5) Facilitar o comportamento de resolução de problemas. Este objectivo refere-se

a um processo sistemático que incorpora uma abordagem colaborativa e faseada, no sentido de ajudar a pessoa idosa a enfrentar as dificuldades, a tomar decisões e a resolver os problemas, mediante a orientação para as soluções. O que significa que as decisões e a resolução de problemas são feitas pela própria pessoa idosa, e não pelo(a) psicólogo(a).

Existem três abordagens possíveis para dar início a uma sessão de Apoio Psicológico:

- a) Simplesmente não dizer nada, o que vai permitir que a pessoa idosa transmita imediatamente o que se passa;
- b) Formulação de uma questão aberta semi-directiva, como por exemplo: *Como se passaram consigo as coisas durante esta semana? Ou Como se sentiu desde que nos vimos na última vez? Ou De que gostaria de falar hoje?*;
- c) Perguntar algo mais específico, que se pode referir a qualquer tema mencionado na sessão anterior ou relativo a qualquer «tarefa» que acordámos com a pessoa idosa. Esta opção coloca nas mãos do(a) psicólogo(a) a responsabilidade de dirigir a sessão.

Qualquer que seja a abordagem escolhida será sempre importante analisarmos o afecto e o humor da pessoa idosa. São pistas para direccionar a sessão. Todas estas informações fundamentarão a avaliação que faremos, no sentido de adaptar o nosso estilo e de escolher a direcção em que vamos encaminhar a sessão.

É importante observar a importância que o problema assume para a pessoa idosa. Através da indagação e da orientação da pessoa idosa, podemos seguir um sentimento, pensamento ou comportamento com suficiente profundidade, de modo a que se torne claro, para nós e para a pessoa idosa, como isto se relaciona com o padrão comportamental que

estamos a procurar modificar. Uma outra técnica útil para a compreensão do problema consiste em reformular aquilo que a pessoa idosa transmitiu.

O final de uma sessão raramente é planeado. No entanto, é importante que façamos uma boa gestão do tempo de que dispomos para a sessão, de modo a que o final desta não seja abrupto nem seja possível à pessoa idosa manipular o tempo para além daquele que está estipulado. Assim, o devemos estar sempre conscientes do tempo de que dispomos, de modo a não permitirmos, por exemplo, que a pessoa idosa se envolva num problema altamente emocional minutos antes do final da sessão. Podemos avisar a pessoa idosa, embora não mais do que uma ou duas vezes, do tempo que falta para o fim da sessão.

Podemos aproveitar o final da sessão para fazer algum tipo de afirmação ou para acordarmos alguma «tarefa» que consideremos importante a pessoa idosa desempenhar até à realização da sessão seguinte.

Em suma, quando o fim da sessão se aproxima, devemos gerir o período final de modo a que o tempo não seja ultrapassado. Devemos estar preparados para utilizar uma expressão como *Hoje ficamos por aqui*, assegurando que a pessoa idosa sabe quando é a próxima sessão. No entanto, o estilo de finalização de uma sessão pode variar consoante as características da pessoa idosa.

Apesar de o Apoio Psicológico pressupor uma avaliação caso a caso, com vítimas de crime e de violência conta com uma média de cerca de 10 sessões de acompanhamento individual como um número ideal, o que pode corresponder a cerca de dois meses e meio, se as sessões forem semanais. Neste período, o Apoio Psicológico tem várias fases, que de seguida abordamos.

FASE INICIAL DO PROCESSO

A qualidade da Fase Inicial é vista como essencial no Apoio Psicológico, pelo que, por um lado, consideramos a empatia, a confiança e a disponibilidade para a mudança como dimensões centrais no estabelecimento da relação; e por outro lado, a recolha e análise da informação e a definição da estratégia de intervenção psicológica.

Devemos, sobretudo no início Apoio Psicológico:

- 1) Não exigir da pessoa idosa uma exposição ordenada e sistemática dos factos porque, normalmente, não estará capacitada para fazê-lo;
- 2) Deixá-la falar sem interrupção enquanto o fizer espontaneamente e, quando se calar, estimulá-la com alguma pergunta concreta e breve.

Desde o início do Apoio Psicológico que devemos fazer um breve resumo do que foi falado, com uma dupla finalidade:

- a) Assegurar que a pessoa idosa perceba que é escutada com atenção;
- b) Assegurar que possa complementar ou modificar seu discurso, ou para que possa esclarecer alguns pontos que compreendemos mal ou que não assimilámos correctamente.

Esta fase corresponde em média às três primeiras sessões.

Relativamente à estruturação da estratégia de intervenção, podemos recorrer a guiões para recolha de informação, visto que estes instrumentos permitem registar informação útil e de forma sistematizada no sentido orientar a intervenção. Contudo, é conveniente que não nos centremos excessivamente num guião preparado de antemão, mas que o

actualizemos, e essencialmente asseguremos que o processo de apoio à vítima decorrerá num clima de comunicação informal.

FASE DE DESENVOLVIMENTO DO PROCESSO

Tendo em conta que a Fase de Desenvolvimento do Apoio Psicológico corresponde à estratégia de intervenção psicológica previamente definida, para assegurarmos o desenvolvimento do Apoio Psicológico devemos dar continuidade à recolha e análise de informação, considerando os objectivos, os princípios operativos, as regras e as técnicas que anteriormente referimos.

Esta fase corresponde em média a cerca de 4 sessões.

FASE DE FINALIZAÇÃO

A finalização de um caso é um processo contínuo e gradual, que começa na primeira sessão. Muitas vezes, é difícil sabermos qual o momento adequado para finalizar o Apoio Psicológico prestado a uma pessoa idosa vítima de crime e de violência.

Assim, a forma mais útil de decidir quando terminar consiste em rever os objectivos e lembrar ao/a utente o que já conseguiu atingir, isto é:

- 1) Procurar averiguar se a pessoa idosa tem uma noção clara do que fez para resolver a sua situação;

- 2) Perguntar se a pessoa idosa sabe o que fazer se a situação se repetir.

Quando tiver respostas positivas por parte da pessoa idosa, ou seja, quando souber que este adquiriu as competências necessárias para manter as melhorias, prepara-se a finalização do Apoio Psicológico.

Contudo, é importante fazermos o seguimento do caso, por exemplo de seis em seis meses, para obter informação sobre os resultados obtidos após o termo Apoio Psicológico.

LIMITES DO APOIO PSICOLÓGICO

Embora o Apoio Psicológico possa ser complementado por outro tipo de apoio mais especializado de saúde mental, é importante que tenhamos conhecimentos no que respeita a factores de risco e a indicadores de estagnação no processo de recuperação, de maneira a saber em que circunstâncias devemos encaminhar a pessoa idosa para o serviço de apoio adequado, por exemplo para serviços de Psiquiatria.

Assim, devemos:

- 1) Confirmar se se verificam factores de risco, tais como existência de psicopatologias;
- 2) Verificar se ocorrem reacções de *stress* pós-traumático tais como sobre-excitação, evitação e revisitação mental da experiência;
- 3) Aferir o estilo adoptado para lidar com a experiência traumática: passivo ou activo.

REGISTO DE DADOS E INSTRUMENTOS PARA RECOLHA DE INFORMAÇÃO

Apesar da necessidade de tomar notas durante os atendimentos para posteriormente sistematizar a informação transmitida pela pessoa idosa, este registo deve ser conjugado e equilibrado com o também essencial estabelecimento de contacto ocular.

O nível de desconforto que a pessoa idosa possa revelar, de forma mais ou menos explícita, deve ser acautelado através da explicação dos propósitos da recolha de informação, reforçando a confidencialidade e o sigilo.

A recolha de informação pode ser realizada através de guiões que a nossa instituição ou serviço tenha definido para o efeito. Estes serão diferentes de instituição ou serviço para outros.

De qualquer modo, podemos indicar alguns aspectos a tomar em conta, numa estrutura mais ou menos flexível:

- 1) Identificação da pessoa idosa. Devemos tomar nota de dados tão relevantes como nome, data de nascimento, nacionalidade, naturalidade, estado civil, morada e contactos telefónicos, habilitações académicas, actividade profissional (mesmo se passada), etc.;
- 2) Descrição do pedido da pessoa idosa. Devemos fazer uma descrição do pedido de ajuda, ou de outro, que nos foi feito directamente pela pessoa idosa;
- 3) Dados da história pessoal. Devemos recolher dados relativos ao percurso escolar, à história familiar, percurso profissional, história relacional, história da vitimação e outros dados considerados relevantes;

4) Avaliação da Situação. Devemos realizar uma avaliação, enquanto psicólogos, da situação da pessoa idosa e apresentá-la de forma clara;

5) Plano de Intervenção. Devemos descrever o nosso plano de intervenção psicológica, não deixando de indicar a duração prevista para as sessões;

6) Descrição das Sessões. Devemos proceder a um registo sistemático das sessões, incluindo sempre os seguintes elementos: a data de cada sessão; a duração; os objectivos da sessão; e uma narração dos principais momentos da sessão;

7) Utilização de Instrumentos. Devemos identificar os instrumentos que usamos nas sessões e apresentar uma justificação para cada um, bem como fazer uma apresentação dos resultados. O material produzido pela pessoa idosa, como desenhos, etc., devem, ser anexados às respectivas descrições das sessões. Podemos usar cronogramas; genogramas; biogramas; desenho da família, do corpo, etc. Também podemos usar instrumentos de avaliação psicológica, como os testes psicométricos ou projectivos.

Particularmente no que concerne à selecção dos instrumentos de avaliação psicológica, esta deverá ser extremamente cuidadosa. Sempre que utilizamos instrumentos de avaliação e de diagnóstico, devemos:

- a) Ter conhecimento das características técnicas destes, dos princípios de medida que permitam uma leitura correcta dos resultados e das regras de utilização do material;
- b) Possuir conhecimento científico e experiência para a selecção e aplicação do mesmo;
- c) Estar conscientes que as características sociais e culturais de aplicação podem condicionar a leitura e interpretação dos resultados.

Dado o envolvimento directo da pessoa idosa no processo de avaliação, será necessário considerar, pelo menos, três pressupostos fundamentais:

- 1) A aplicação deste tipo de instrumentos deve ser comunicada e apenas efectuada se autorizada pela pessoa idosa;
- 2) Devemos ser capazes de explicar, numa linguagem não técnica e de fácil compreensão, a importância deste formato de recolha de informação;
- 3) Os resultados da avaliação devem ser comunicados à pessoa idosa.

Em suma, a utilização de instrumentos de avaliação deve ser sempre ponderada de forma a aferir-se a sua pertinência para o processo, bem como a possibilidade de utilização de outras fontes de informação; se ainda assim, pesadas as vantagens e desvantagens do seu uso, se considerar pertinente a sua aplicação, a justificação para a utilização de um dado instrumento deve ser sempre apresentada na documentação de registo de informação, como também uma breve descrição do instrumento e da interpretação dos resultados, devidamente articulados com as restantes informações complementares acerca do caso (entrevista, história de vida ou outro tipo de referências).

Salvaguardamos, contudo, que a utilização de instrumentos de avaliação não deve ser perspectivada como sinónimo de profissionalismo ou rigor; e não deve servir o propósito de confirmar a informação de que já dispomos ou apenas para procurar validar uma teoria acerca do caso. Por outro lado, em circunstância alguma as pessoas podem ser «usadas» para treinarmos competências na aplicação de determinado instrumento.

De referir ainda que a fase de avaliação tem lugar, normalmente, nas três primeiras sessões do processo de Apoio Psicológico, sendo que, após este período, o recurso a instrumentos de avaliação pode ser bastante prejudicial para a relação estabelecida entre o(a)

psicólogo(a) e a pessoa idosa.

Há várias provas projectivas disponíveis e que poderão ser aplicados com pessoas idosas. Indicamos dois:

- 1) Prova Rorschach (Rorchach & Zulliger). É um psicodiagnóstico e uma prova de personalidade. É constituído por dez pranchas com manchas de tinta não estruturadas, susceptíveis de diversas interpretações. A sua aplicação e interpretação exige conhecimentos na área da Psicologia e uma ampla prática na sua utilização. Permite evidenciar traços normais ou patológicos. Destina-se a adolescentes e adultos e é de aplicação individual;
- 2) TAT – Testes de Apercepção Temática (H. A. Murray e L.Bellack). É uma prova projectiva que permite a avaliação de diversos aspectos da personalidade em situações clínicas e em situações normais. A aplicação e interpretação desta prova exige experiência e formação adequadas. Destina-se a adultos e a sua aplicação é individual.

Podem apontar também alguns testes psicométricos:

- 1) Escala de Achenbach (Achenbach, 1991). As escalas de Achenbach propõem um modelo integrativo de avaliação que permite confrontar a opinião de múltiplos informantes. A versão original foi traduzida e adaptada por M.S. Araújo; M. Gonçalves & M-J. Teixeira (1996);
- 2) BDI – Inventário da Depressão (Beck, 1969). É um questionário de auto-relato, composto por 21 questões de escolha múltipla usado para medir o nível de severidade da depressão;
- 3) BSI – Inventário Breve de Sintomas (Canavarro, 1999). É um instrumento psico-

métrico de auto-relato, composto por 54 itens, em que cada pessoa deverá classificar o grau em que cada problema o afectou durante a última semana. Permite avaliar sintomas psicopatológicos;

4) EARAT - Escala de Avaliação da Resposta ao acontecimento traumático (McIntyre, 1993). Esta escala, baseada no DSM-IV, procura avaliar indicadores de Perturbação de Stress Pós-Traumático.

Um aspecto fundamental para esta utilização dos testes é o respeito pelos direitos de autor (*copyright*) que impedem, nomeadamente, a reprodução e adulteração dos materiais.

Estas indicações relativas aos instrumentos de avaliação psicológica não dispensam a leitura das *Directrizes Internacionais para a Utilização de Testes* disponível, disponíveis em www.cegoc.pt ou em www.intestcom.org.

RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

Também é importante referirmos alguns aspectos importantes a ter em conta se quisermos estruturar um Relatório de Avaliação Psicológica, que poderá ser muito útil se quisermos comunicar com outros profissionais – incluindo os de outras instituições ou serviços – o *status quo* do Apoio Psicológico ou da situação da pessoa idosa antes de o receber (dependendo obviamente do momento em que redigimos o Relatório).

Novamente, podemos seguir diferentes estruturas de relatório, consoante as nossas preferências ou o que está convencionado pela instituição ou serviço em que trabalhamos.

Também aqui podemos indicar alguns aspectos a tomar em conta, numa estrutura mais

ou menos flexível:

- 1) Identificação da pessoa idosa. Devemos tomar nota de dados tão relevantes como nome, data de nascimento, nacionalidade, naturalidade, estado civil, morada e contactos telefónicos, habilitações académicas, actividade profissional (mesmo se passada), etc.;
- 2) Fontes e Metodologia. Devemos fazer uma descrição das sessões realizadas, indicando o local das mesmas; bem como indicar as fontes de informação e a metodologia utilizada, com indicação de instrumentos aplicados; bem como fazer referência ao recurso a outras fontes de informação existentes, como relatórios sociais, reuniões com outros profissionais do processo de apoio, etc.;
- 3) Descrição e Avaliação. Devemos fazer uma descrição clara e correcta das sessões, apoiando a avaliação em dados concretos emergentes das sessões. Assim, podemos fazer citação do próprio discurso da pessoa idosa vítima; e indicar os resultados obtidos na aplicação de instrumentos;
- 4) Conclusão. Devemos integrar os aspectos essenciais da avaliação realizada, fazendo sugestões de intervenção futura.

Devemos assinar e datar o Relatório de Avaliação Psicológica.

APOIO SOCIAL

O Apoio Social é prestado por técnicos(as) de Serviço Social, educadores sociais e outros profissionais de Trabalho Social devidamente qualificados.

Sobre o Apoio Social, devemos ter em atenção que são várias as metodologias possíveis para o prestar a pessoas idosas vítimas de crime e de violência¹¹⁵. Podemos apontar para uma metodologia clássica, que tem sido desenvolvida com sucesso pela APAV: o Apoio Social segundo o Método de Casos.

Trata-se de uma intervenção individualizada e personalizada adequadamente dirigida às vítimas de crime. É, porém, importante sublinhar que a filosofia inerente à emergência deste método – a responsabilização e uma certa *culpabilização* das pessoas pela origem dos seus problemas – é aqui rejeitada, uma vez que as causas dos problemas e as possíveis soluções para estes decorrem de um conjunto de variáveis endógenas e exógenas.

Perante isto, entende-se que o trabalhador social tem de possuir uma qualificação técnica que lhe permita identificar as variáveis para a compreensão dos problemas sociais em foco, seleccionar os métodos e as respectivas técnicas a utilizar numa determinada intervenção e seu motivo e desenvolver um intenso papel de mediador.

O Método de Casos implica três fases consecutivas:

1- O Estudo do Problema;

2- O Diagnóstico do Problema;

3- O Tratamento do Problema.

Nas duas primeiras fases, há uma relação dialéctica com todo o processo, sendo que o sucesso de cada uma depende do êxito da anterior. O êxito da intervenção está principalmente dependente do estudo e do diagnóstico do problema.

O diagnóstico deve ser elaborado com base na informação recolhida no(s) primeiro(s)

115. Veja-se DOMINELLI, Lena, 2004, «Social Work Interventions With Older People», in *Social Work. Theory and Practice for a Changing Profession*, Cambridge, Polity Press.

atendimento(s), não sendo, no entanto, estanque, isto é, irá sendo reajustado ao longo do processo de apoio, quer em função de novos elementos, quer em função da evolução e apropriação do processo e de papéis pela vítima.

Devemos concentrar-se no diagnóstico da situação relacional, social e institucional da pessoa, atendendo às suas necessidades peculiares, de forma a tornar possível uma adequada *mediação* entre a vítima e as redes primária e secundária de suporte chamadas a intervir no processo de apoio. Visa-se a obtenção de bens e serviços que permitam a autonomização da vítima, satisfazendo assim as necessidades sociais desencadeadas pela vitimação.

Deve esclarecer, junto da pessoa idosa vítima, desde o início do processo de apoio, qual o seu papel nesse mesmo processo, desmistificando a ideia muitas vezes existente de que solucionará todos os seus problemas, como que *por magia*. É fundamental afastar tal pressuposto, clarificando quais as suas funções e limitações no âmbito daquele processo.

O confronto com a inexistência de tal onipotência pode ser interpretado pela vítima como uma recusa de ajuda da nossa parte, o que pode desencadear em si sentimentos de revolta, pelo que se torna essencial a clarificação dos papéis não só deste mas também de todos os agentes sociais envolvidos.

ÁREAS DE INTERVENÇÃO

Em termos sociais, a vítima apresenta frequentemente necessidades básicas ao nível do acolhimento, alimentação e da saúde. Vejamos cada uma, seguidamente.

ACOLHIMENTO

Começando por analisar a questão do acolhimento, visto este ser um pedido recorrente, quer em situações de crise, quer noutras, diga-se desde já que as possíveis respostas à satisfação desta necessidade são diferentes, consoante se trata de um acolhimento imprevísivel ou planeado.

No caso de a saída de casa surgir imprevisivelmente e se apresentar como necessidade imediata, é frequentemente imprescindível a articulação com o Instituto de Segurança Social (ISS), bem como com os tribunais. Muitas vezes, a vítima sai de casa, realidade nem sempre compreendida pelo sistema social, dado que a lei prevê o afastamento do agressor. Portanto, exige-se um trabalho entre o sistema social e o sistema judicial.

A necessidade de um acolhimento imediato emerge na crise: é frequente que a vítimas abandone a casa de morada de família sem previamente o ter planeado. Fá-lo por recear pela sua segurança e mesmo pela vida. Após saírem de casa, muitas vezes durante a noite, algumas vítimas concluem que não têm para onde ir, solicitando ajuda profissional.

Temos nesta fase um papel preponderante para o restante processo de apoio, pelo que deve ser perspicaz e firme, mas também acolhedor. O nosso papel prende-se essencialmente com três funções: a) Valorizar o acto de pedir ajuda, prestando apoio emocional, b) elaborar o diagnóstico da situação; e c) avaliar o risco. Tais funções não se esgotam, de forma alguma, neste momento, antes encontrarão a sua continuidade ao longo do processo de apoio;

Através do diagnóstico realizado, é identificada a rede primária de apoio, o que permitirá analisar quais os recursos da vítima, designadamente a possibilidade de acolhimento em casa de familiares ou amigos.

Os casos em que tal não se torna exequível são múltiplos: em primeiro lugar, o suporte for-

necido pela família pode apresentar-se num registo *punitivo*; por outro lado, ainda que a vítima tenha o apoio de familiares e amigos, a morada destes é, geralmente, conhecida do agressor, o que levanta questões ao nível da segurança de todos os actores sociais envolvidos.

A rede secundária de apoio torna-se assim frequentemente necessária. Cabe-nos assegurar a articulação com esta rede, facilitando a relação entre a vítima e os serviços chamados a intervir neste processo, sendo competentes os seguintes:

1. Linha Nacional de Emergência Social – 144. Este é um serviço do Instituto de Segurança Social, criado com o objectivo de dar resposta a situações de emergência social, incluindo casos de violência doméstica. É um serviço telefónico gratuito que proporciona um atendimento personalizado 24 horas por dia e 365 dias por ano. Na Região Autónoma dos Açores, a emergência social relativa ao acolhimento de vítimas de violência doméstica é realizada pelas Equipas Multidisciplinares da Rede Regional de Prevenção e Combate à Violência Doméstica, do Instituto para o Desenvolvimento Social dos Açores (anterior Instituto de Acção Social) e da Direcção Regional da Igualdade de Oportunidades. Estas Equipas Multidisciplinares pode ser contactadas pelas Polícias, Serviços Regionais de Saúde e Ministério Público, funcionando 24 horas por dia e 365 dias por ano.

2. Estruturas sociais de apoio a indivíduos em situação específica de sem abrigo. Frequentemente, as vítimas, ao serem obrigadas pelas circunstâncias a abandonarem a casa de morada de família sem planeamento prévio, ficam numa situação de sem abrigo: não dispondo de rede de suporte primária, torna-se necessário acionar a rede de suporte secundária. Neste sentido, estruturas sociais de apoio a indivíduos em situação de sem residência são chamadas a intervir. Também na prestação deste apoio, as estruturas sociais diferem consoante as zonas geográficas. Por tal motivo, cabe-nos realizar o levantamento e diagnóstico da rede de suporte secundária existente em cada concelho e área envolvente;

3. Centro de Atendimento, Estudo e Intervenção Social com os Sem Residência (CAEI/SR). É um serviço integrado no Instituto de Segurança Social, que visa intervir e acompanhar socialmente uma população em situação específica de sem abrigo: procura definir conjuntamente um projecto de vida do agente social, assegurando a sua concretização e o apoio social necessário à autonomização. O acompanhamento cessa no momento em que se encontram reunidas as condições fundamentais a essa autonomização. Este serviço tem apenas uma delegação distrital, sita no Porto;

4. Santas Casas da Misericórdia. Em algumas zonas do país, as Santas Casas da Misericórdia prestam um apoio fundamental no acolhimento de pessoas idosas em lares, assegurando um trabalho de acção de social aos agentes sociais envolvidos. Prestam resposta ao nível do acolhimento e da alimentação;

5. Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS). Em vários distritos do país existem casas de abrigo vocacionadas para acolher pessoas em situação de sem abrigo. São IPSS que têm dinâmicas organizativas peculiares. Não podem ser equiparadas a casas de abrigo ou centros de acolhimento, uma vez que têm uma característica que as distingue das restantes: regra geral, as pessoas apenas podem pernoitar e fazer a primeira refeição e a última do dia. Ou seja, não podem permanecer durante o dia. Alguns destes albergues têm uma ala destinada exclusivamente ao acolhimento de famílias, sendo no entanto as dinâmicas organizativas idênticas para toda a população;

6. Casas de Abrigo. Desde 1991 que tem vindo a ser publicada legislação no sentido de garantir a protecção adequada às vítimas de violência doméstica, nomeadamente através da criação de casas de abrigo. Estas casas encontram-se distribuídas pelo país, destinadas ao acolhimento de vítimas de violência doméstica. Devemos saber exactamente que critérios usam para o acolhimento. Por exemplo, no caso de uma vítima idosa, teremos que saber qual a idade limite que apontam para acolher. Existem também outros centros de acolhimento que se destinam a outros problemas, as regras e a inter-

venção não foram estruturadas a pensar nas particularidades das vítimas, pelo que não se encontram adaptadas às reais necessidades destas. Por esta razão, devemos fazer o possível para que a vítima seja acolhida numa casa vocacionada para vítimas de violência doméstica, de forma a reduzir a possibilidade de ocorrência de episódios de *vitimação secundária*; As casas abrigo, independentemente da população-alvo, encontram-se quase sempre lotadas, pelo que é muito difícil conseguir-se uma vaga de imediato.

Uma vez mais, devemos conhecer o funcionamento e requisitos das casas abrigo, de forma a poder informar correctamente a vítima, não lhe criando falsas expectativas. Esta deve ficar ciente de que uma eventual resposta positiva pode não surgir tão brevemente quanto desejável, pelo que, em situações de urgência, pode ter que recorrer-se a outras alternativas. Devemos também saber se a vítima coloca a hipótese de mudar de zona geográfica e da pertinência dessa mudança, sendo a avaliação do risco uma vez mais imprescindível;

7. Pensões / residenciais. Esta deve ser a última alternativa a que recorreremos, uma vez que é sempre uma resposta inapropriada e desajustada, mas que serve, muitas vezes, de *tábua de salvação*. As instituições dispõem geralmente de verbas económicas bastante reduzidas para usar este recurso. Por outro lado, pode mesmo causar uma situação de vitimação secundária: são pensões/residenciais em que o ambiente não é o mais agradável e em que os quartos são exíguos, para além de nem sempre não garantirem condições de segurança. No entanto, em situação de urgência, pode tornar-se realmente um recurso inevitável;

Todas as respostas analisadas até ao momento são de carácter temporário, pelo que devem ser percepcionadas, tanto pelos profissionais como pela vítima, como uma *ponte* para a obtenção de recursos que viabilizem a sua autonomia e independência.

Esta autonomização pressupõe uma resposta habitacional de carácter definitivo, que demonstra ser um importante pilar no processo de ruptura com a situação de vitimação.

Esta resposta prende-se, na esmagadora maioria das vezes, com o arrendamento de uma casa. Nesta fase do processo de apoio, devemos contactar outras instituições ou serviços, sempre que a vítima demonstre carência económico-social.

8. Serviços locais do Instituto de Segurança Social (ISS); do Centro de Segurança Social da Madeira (CSSM); e do Instituto para o Desenvolvimento Social dos Açores (IDSA). Devemos encaminhar ou ajudar a vítima a contactar os serviços locais do ISS (o da anterior morada de família e o da nova morada), os quais poderão proporcionar um apoio para o pagamento inicial de renda de uma casa.

Devemos analisar com a vítima, os seus recursos e a possibilidade de no futuro vir a fazer face ao encargo. O objectivo principal da atribuição do apoio é a pertinência deste para a futura autonomia de vítima. Neste sentido, apenas reunidas as condições para assegurar a autonomia e estabilidade socioeconómica da vítima é que o apoio é facultado.

Compete-nos ainda sensibilizar estes serviços e os poderes políticos para a importância da desburocratização dos serviços sociais, numa óptica de celeridade, com respostas adequadas e em tempo realmente útil.

9. Câmaras municipais – serviços de acção social e de habitação social. Não obstante ser da competência do poder local a atribuição de habitações sociais, podemos contactar com estes actores no sentido de obter informações acerca do processo do município. Assim, encontrar-se-á capaz de informar rigorosamente a vítima acerca do ponto da situação para, posteriormente, esta, com o apoio daquele, poder definir com maior exactidão o seu projecto de vida e o plano de intervenção necessário à sua implementação.

ALIMENTAÇÃO

Se abandonar a casa de morada de família, ou se dela for expulsa pelo(a) agressor(a), a pessoa idosa vítima fica desprovida de bens básicos, encontrando-se numa situação de fragilidade e vulnerabilidade. Neste contexto surgem por vezes necessidades ao nível alimentar.

Para assegurar a satisfação destas necessidades, devemos encaminhar ou ajudá-la a contactar algumas instituições:

a) Serviços locais do Instituto de Segurança Social (ISS); do Centro de Segurança Social da Madeira (CSSM); e do Instituto para o Desenvolvimento Social dos Açores (IDSA). Podem, num primeiro momento, proporcionar respostas imediatas, de forma a garantir a satisfação de uma necessidade tão elementar quanto esta;

b) Instituições Particulares de Solidariedade Social vocacionadas para a prestação destes bens. Existem algumas instituições nacionais ou locais, como a Amnistia Média Internacional (AMI) ou a Cruz Vermelha, que visam a prestação de apoio em bens alimentares a cidadãos que se encontrem em situação de elevada carência económica temporária ou de longa duração. Após a avaliação das necessidades e da situação, os profissionais destes serviços podem prestar apoio esporádico ou continuado à pessoa idosa, até que esta reorganize o seu projecto de vida.

Mais uma vez devemos fazer o levantamento de informação sobre as diversas instituições existentes na nossa área de intervenção, seus objectivos gerais e específicos, bem como os seus procedimentos e normas de funcionamento. Só assim estaremos habilitados a proceder a um adequado encaminhamento da vítima.

Devemos ainda considerar outros tipos de serviço muito importantes para trabalharmos preventivamente com pessoas idosas:

1) Serviços de Apoio Domiciliário. Estes serviços são geralmente disponibilizados por instituições particulares de solidariedade social, ou, sendo mais dispendioso, por empresas especializadas. Implicam a visita diária de equipas de profissionais que se encarregam de tarefas relacionadas com a higiene e a alimentação das pessoas idosas. São de grande utilidade, não só por estas tarefas, mas também por ajudarem a quebrar o isolamento social das pessoas idosas;

2) Programa Apoio 65 – Idosos em Segurança. É um projecto da Guarda Nacional Republicana (GNR) e da Polícia de Segurança Pública (PSP) que visa promover e garantir a segurança e a tranquilidade das pessoas idosas. É assegurado por equipas de agentes policiais que estão especialmente preparados para lhes dar o apoio e conselhos úteis para melhorar a segurança. Nas grandes cidades existem viaturas dedicadas exclusivamente para esse apoio, deslocando-se a casa das pessoas, sempre que tal for necessário. Conta também com a colaboração de instituições que prestam apoio domiciliário, através da troca de informações úteis para a prevenção de problemas e pela formação aos profissionais dessas instituições. É feito um reforço do policiamento dos locais públicos mais frequentados por idosos. É criada uma rede de contactos directos e imediatos entre as pessoas idosas, a GNR e a PSP, a usar em caso de necessidade. Também é feita a instalação de telefones nas residências das pessoas idosas que vivem mais isoladas e têm menores defesas;

3) Centros de Convívio, Centros de Dia, Centros de Noite. Estes centros pertencem geralmente a instituições particulares de solidariedade social ou a centros paroquiais. São espaços de convívio organizado entre pessoas idosas, com o apoio de profissionais. Estes seguem geralmente planos de actividade que comportam várias áreas: educação para a saúde, ligação à comunidade, trabalhos manuais, actividade desportiva, visitas de estudo e de lazer, etc. Os centros de dia são de grande utilidade, não só porque podem facilitar a autonomia das pessoas idosas e a sua saúde física e mental, como podem promover a sua segurança em relação a situações de vitimação;

4) Universidades Seniores. São geralmente projectos ou organizações em estilo de academia, com aulas e um currículo formal de matérias. As pessoas idosas podem escolher os cursos que mais lhes agradam e frequentam estas aulas, assumindo uma vida de estudante com as obrigações inerentes. São de grande utilidade, pois as pessoas idosas podem dedicar-se ao estudo de áreas inovadoras, criando também laços de amizade com os seus colegas.

Poderá ser muito útil ter connosco os manuais editados pelo Instituto de Segurança Social, IP, designadamente o *Guia Prático. Respostas Sociais – População Adulta – Pessoas Idosas*¹¹⁶, e o *Guia Prático. Respostas Sociais – População Adulta – Pessoas Vítimas de Violência Doméstica*¹¹⁷.

INTERVENÇÃO NO TERRENO

O Trabalho Social privilegiou desde sempre a «intervenção no terreno». Historicamente, começou por ser, justamente, um exercício contínuo de encontro das pessoas nos contextos de vida – habitacionais, laborais, educacionais e outras. Pode ser muito pertinente em processos de apoio a pessoas idosas vítimas de crime e de violência, sobretudo quando a sua fragilidade física e/ou psicológica, o seu estado de saúde ou as suas dificuldades de acesso.

Para a implementação da intervenção no terreno, é necessário ter em consideração os seguintes critérios:

1) Dificuldades de Acesso. Falamos da dificuldade de acesso que nós podemos ter em relação à pessoa idosa vítima, mas também da dificuldade de acesso desta ao nosso local de trabalho. Por exemplo, tratar-se de uma pessoa idosa acamada; ou de uma pessoa idosa deficiente sem mobilidade; ou de alguém que resida num

116. Cfr. INSTITUTO DE SEGURANÇA SOCIAL, IP, 2009, *Guia Prático. Respostas Sociais – População Adulta – Pessoas Idosas*, Lisboa, Instituto de Segurança Social, IP.

117. INSTITUTO DE SEGURANÇA SOCIAL, IP, 2009, *Guia Prático. Respostas Sociais – População Adulta – Pessoas Vítimas de Violência Doméstica*, Lisboa, Instituto de Segurança Social, IP.

lugar remoto e sem acessibilidade fácil, ou sem meio de transporte;

2) Segurança no acesso à vítima, desta e dos próprios profissionais. Devemos ter como critério a segurança, de nós mesmos e da vítima, durante uma intervenção no terreno. Em casos nos quais o(a) agressor(a) pode surgir repentinamente, e havendo razões plausíveis para temer a sua reacção, não estão reunidas condições de intervenção. Esta poderá, no entanto, ser garantida por uma escolta policial, quando solicitada pelo nosso coordenador ou superior hierárquico e concedida pelas autoridades policiais competentes;

3) Integração numa equipa multidisciplinar ou multi-institucional. A nossa integração numa equipa multidisciplinar ou multi-institucional já formada (por exemplo, uma equipa de apoio domiciliário; ou uma de Serviço Social; ou uma de voluntários do Centro paroquial e Social, etc.) facilita o acesso à pessoa idosa e a discrição quanto à natureza da nossa presença em sua casa. Assim, não levantaremos suspeitas;

4) Expressa autorização do nosso coordenador ou superior hierárquico. Deve solicitar, se necessário, a expressa autorização do para a realização de uma intervenção no terreno. Devemos comunicar-lhe, em resumo, os aspectos positivos e as dificuldades sentidas durante a sua realização, numa avaliação conjunta.

VISITAS DOMICILIÁRIAS

Uma das formas de intervenção no terreno que podemos usar é a visita domiciliária. Trata-se da deslocação de um profissional ou de mais (de preferência dois) a casa de uma pessoa idosa vítima, onde prestaria Apoio Social semelhante ao que faria no seu gabinete ou local de trabalho, mas agora num espaço físico distinto. É, cada vez mais, uma prática

eficaz nos processos de apoio às vítimas de crime.

Trata-se, porém, de uma forma de intervenção no terreno delicada e a sua realização implica que se avalie o processo de apoio quanto à necessidade de ser feita uma visita, ou se esta pode ser dispensada. Devem ser usados os critérios acima apontados.

Devemos ter em consideração os seguintes aspectos:

1) Definição de uma finalidade e de objectivos. Devemos definir claramente, e por escrito, as finalidades e respectivos objectivos da visita domiciliária a realizar. Estes, obviamente, devem estar de acordo com a missão da instituição em que trabalhamos e com as necessidades próprias do processo de apoio que está a ser desenvolvido com *aquela pessoa idosa* em concreto, ou que se pretende desenvolver num futuro próximo (a partir da própria visita);

2) Definição estratégica. Devemos definir com os outros profissionais uma estratégia própria da finalidade e objectivos da visita. Esta estratégia implica aspectos tão importantes como:

- a) Marcação de uma data para a visita com o próprio visitado;
- b) Constituição de uma equipa de profissionais para fazer a visita (tentando que não sejam não mais que quatro);
- c) Os contactos telefónicos necessários;
- d) O meio de transporte a usar;
- e) Devemos ponderar a necessidade de solicitar uma escolta policial, por

razões de segurança.

3) Preparação da visita. Devemos preparar a visita domiciliária focando alguns aspectos práticos importantes, como reunir os materiais e objectos necessários, por exemplo:

- a) Documentos de identificação pessoal;
- b) Papel ou fichas de atendimento (se existirem);
- c) Esferográfica;
- d) Capa de superfície dura para escrever em caso de falta de mesa;
- e) Folhetos informativos (se existirem);
- f) Cartões-de-visita (se existirem);
- g) Roupas, alimentos, etc. (conforme as necessidades da pessoa idosa, se previamente conhecidas);

Outros aspectos são fundamentais numa visita domiciliária:

1) Entrada num espaço privado. Deve considerar importante o facto de estar a entrar num espaço físico distinto de qualquer outro espaço de atendimento, uma vez que é o próprio domicílio da pessoa idosa. Assim, deve procurar apresentar-se em casa desta com toda a serenidade. Deve mostrar-se à vontade em casa do visitado, sem manifestar desagrado, repugnância ou deslumbramento, ou qualquer outra atitude menos própria quanto ao que o rodeia (por exemplo, tapar o nariz por causa do mau cheiro; ou contemplar a decoração antiquada). Em algumas situações,

.....

devemos respeitar o pudor da pessoa idosa com especial cuidado (por exemplo, se este for um doente, pode querer que saiamos do quarto para que outros profissionais façam a sua higiene diária, etc.);

2) Empatia com o visitado. A visita domiciliária deve decorrer num ambiente de grande empatia com a pessoa idosa visitada. Esta implica que seja um pouco mais coloquial e gentil – sem, no entanto, parecer artificial. Daí que devemos preparar o próprio atendimento com uma atitude própria de que é bem recebido para uma visita: com cumprimentos simpáticos e entrada em casa com toda a discrição e elegância (isto é, sem entrar apressadamente, mas com moderação e pedindo licença, esperando que seja indicado o caminho, etc.). Uma conversa inicial sobre assuntos triviais (por exemplo, sobre o clima; ou sobre o caminho tomado para encontrar a morada; ou sobre o trânsito) deve preencher os momentos em que se prepara um lugar improvisado para o atendimento (por exemplo, uma cadeira junto à cama, se a pessoa idosa estiver acamada).

3) Observação das condições gerais de habitação, modo de vida, etc. Numa visita domiciliária, apesar da discrição que devemos ter ao entrar em casa da pessoa idosa, há a possibilidade única de observar as condições gerais em que vive e se estas estão de acordo com o discurso que formula sobre a sua própria vida. A observação pode ser, pois, um excelente contributo para o processo de apoio. Alguns aspectos podem ser observados:

a) As condições de construção e conservação da habitação (por exemplo, se é uma casa abarracada, em risco de sucumbir a uma chuvada);

b) Condições de habitabilidade (por exemplo, se possui electricidade e água potável); de higiene (por exemplo, se sofre de infestações de pulgas, ratos, etc., ou se abundam o lixo e os maus cheiros);

c) De organização e decoração (por exemplo, se a desorganização é geral e se a decoração denuncia desmazelo, etc.).

Devemos anotar posteriormente o que observámos em casa da pessoa idosa, depois de ter o ter comentado com os outros profissionais, já depois da visita. As anotações poderão ser muito úteis ao próprio processo, disponibilizando dados que de outra forma dificilmente poderiam ser apreendidos;

4) Desenvolvimento de um processo de apoio. Devemos tomar a visita domiciliária como início, ou como continuidade, de um processo de apoio;

5) Segurança. Devemos zelar pela nossa própria segurança durante a visita domiciliária, procurando ir sempre em companhia de outros profissionais ou mesmo com uma escolta policial, previamente solicitada junto da esquadra ou posto de polícia local. Para zelar pela segurança da pessoa idosa visitada, para além de ter ponderar a efectuação da visita num horário considerado seguro pelo próprio (por exemplo, horário de trabalho do agressor), devemos alertá-la para a necessidade de manter sob discrição aquela visita em relação a terceiros.

OUTRAS VISITAS

Outras formas de intervenção no terreno que podem ser usadas na APAV, muito semelhantes às visitas domiciliárias, poderão ser as visitas em unidades de saúde, em centros de dia, em centros residenciais, etc. Para estas devemos ter em conta todos os aspectos acima referidos.

Em certos casos, convém que estas visitas sejam realizadas fora do horário de visitas,

de modo a garantir que não se cruzamos com os visitantes habituais da pessoa idosa, colocando, assim, a confidencialidade do atendimento em risco. Para tal é necessário que peçamos a autorização dos responsáveis daqueles estabelecimentos/equipamentos. Este poderá exigir requisitos próprios, que devemos respeitar (por exemplo, fazer o pedido de visita por escrito, etc.).

É também possível, e desejável, que peçamos a colaboração dos serviços sociais daqueles estabelecimentos/equipamentos.

PLANO DE SEGURANÇA

Definirmos um Plano de Segurança, como atrás se referiu, é um passo importante no processo de apoio. Podemos começar por explorar com a pessoa idosa o que esta pode fazer para aumentar a sua segurança e, além desta, para aumentar o seu sentimento de segurança.

Uma conversa simples sobre aspectos práticos pode ser suficiente para que este plano esteja claro na mente da pessoa idosa. Mas, em muitos casos, pode não ser suficiente, sobretudo se tivermos em conta que, por um lado, o envelhecimento tem consequências como a perda de memória (a pessoa idosa não consegue fixar com facilidade as informações do Plano), e, por outro lado, ao ser vítima de crime e de violência, a pessoa idosa pode estar em estado de confusão, motivado ou potenciado pelo medo. Por isso, é de toda a utilidade que se escreva, numa simples folha branca, uma lista de tarefas que constituem o próprio Plano de Segurança. O mesmo podemos fazer com as pessoas idosas que não foram vitimadas, de modo a ajudá-las a prevenir o crime e a violência. Vejamos:

Em sua própria casa a pessoa idosa pode:

- 1) Colocar fechaduras adequadas, por exemplo, uma fechadura sem canhão com duas ou quatro trancas;
 - 2) Colocar fechaduras que saiba utilizar com facilidade;
 - 3) Se perder as chaves, substituir as fechaduras ou mesmo só o miolo;
 - 4) Não colocar nenhuma identificação no seu porta-chaves,
 - 5) Como, por exemplo, o seu nome, a morada ou o número de telefone;
 - 6) Ter sempre as todas as portas bem fechadas, à chave;
 - 7) Ter sempre as janelas bem fechadas, com persianas ou cortinas corridas, à noite e quando não está em casa;
 - 8) Não entrar em pânico, se chegar a casa e verificar que a porta, ou alguma janela, foi danificada ou arrombada.
 - 9) Deve permanecer em calma e procurar um telefone de um vizinho para chamar a Polícia, sem entrar em casa enquanto esta não chegar;
 - 10) Deixar uma pequena luz acesa, junto da janela, quando sair de casa;
 - 11) Instalar um aparelho temporizador, que vá desligando e ligando as luzes à noite, dando a entender que alguém está em casa;
 - 12) Colocar junto do seu telefone os números de telefone da Polícia, dos Bombeiros, de familiares, etc.; e, se possível, decorá-los;
-

.....

Parte II
...
PROCEDER

.....

- 13) Deixar a luz de fora acesa quando sai de casa;
 - 14) Deixar o rádio ou televisor ligados quando não está em casa;
 - 15) Instalar um visor na porta (para poder espreitar quem toca à campainha ou bate à porta);
 - 16) Pedir a identificação de todos os profissionais que frequentem a casa (da Água, da Electricidade, do Gás, etc.);
 - 17) Evitar abrir a porta a desconhecidos, mesmo se esta tiver uma corrente de segurança;
 - 18) Não dar dados pessoais, a morada, o seu número de telefone, o seu nome, sem uma razão segura;
 - 19) Colocar o dinheiro e as jóias e outros valores no Banco, e não escondidos em casa;
 - 20) Pedir que a reforma seja depositada no Banco, directamente;
 - 21) Recusar ofertas de pessoas desconhecidas para depositar o seu dinheiro ou para a confundir em relação ao valor da moeda. Essas tarefas devem ser feitas no Banco;
 - 22) Recusar propostas de pessoas desconhecidas para investimentos ou lucros fáceis;
 - 23) Reflectir bem os pedidos de dinheiro ou outros bens de valor por parte da sua Igreja ou movimento religioso, agindo segundo a sua consciência e segundo a responsabilidade sobre a sua própria vida e o seu bem-estar;
 - 24) Convidar amigos e familiares para almoçar, jantar ou tomar um chá em casa;
-

conversando um pouco e mantendo a casa frequentada assiduamente;

25) Telefonar regularmente aos seus familiares e amigos;

26) Conhecer e estimar os vizinhos, preocupando-se com eles e ajudando-os também na sua própria segurança;

27) Combinar com eles sinais e barulhos para fazer entre vizinhos em casos de suspeita ou perigo;

28) Confiar e pedir ajuda às autoridades no seu dia-a-dia;

29) Adoptar um cão que lhe faça companhia e que vigie a casa;

Na rua a pessoa idosa pode:

1) Escolher um caminho seguro e bem iluminado;

2) Dizer a alguém de confiança onde vai e a que horas pretende regressar;

3) Evitar atalhos e lugares escuros, isolados e sem gente;

4) Caminhar de forma determinada;

5) Pedir ajuda a alguém se notar que está a ser seguido;

6) Se um carro desconhecido e se sentir insegura, deve gritar e fugir na direcção contrária à do carro;

.....

.....

Parte II
...
PROCEDER

.....

- 7) Evitar andar sozinha na rua;
- 8) Trazer comigo o cão, preso pela trela;
- 9) Não resistir se me puxarem a mala, mais importante que a mala é a sua vida;
- 10) Evitar deslocar-me nas horas em que há mais gente nos transportes;
- 11) Trazer a carteira ou a mala em segurança, bem fechada e debaixo do braço ou em bolsos interiores;
- 12) Afastar-se, sem falar, de alguém desconhecido que se encoste a si;
- 13) Evitar viajar de pé, sentando-se nos lugares da frente, se possível;
- 14) Evitar trazer comigo grandes quantias de dinheiro, jóias e cartões multibanco de contas com muito dinheiro;
- 15) Colocar pouco dinheiro na mala;
- 16) Trancar as portas e fechar as janelas do carro;
- 17) Não colocar a carteira, a mala ou outros valores à vista;
- 18) Se a abordarem de forma estranha, não deve responder, deve afastar-se;
- 19) Se alguém a estiver a seguir de um modo estranho, deve parar num local bem iluminado e muito frequentado;

- 20) Não deve dar boleia a desconhecidos;
- 21) Deve estacionar num lugar próximo do seu destino;
- 22) Deve escolher um lugar iluminado e que assim esteja quando regressar;
- 23) Deve deixar as portas e as janelas bem fechadas;
- 24) Não deve deixar objectos de valor à vista, deve colocá-los no porta-bagagens, evitando que alguém veja;
- 25) Deve tirar a chave da ignição sempre que estiver parado, por exemplo numa bomba de gasolina;
- 26) Deve verificar se está alguém atrás dos outros carros;
- 27) Ao regressar ao carro, antes de entrar, deve verificar se não está ninguém lá dentro;
- 28) Tratando-se de uma avaria, deve abrir o capô e permanecer dentro do carro, de portas trancadas;
- 29) Se alguém parar, deve pedir-lhe para chamar a Polícia ou deve chamar um reboque.

Em caso de violência doméstica a pessoa idosa:

- 1) Não deve consentir que algum dos seus familiares, pessoas do centro residencial onde está acolhido (mesmo os mais queridos) seja indelicado para si, a desrespeite ou moleste;
 - 2) Deve sempre lembrar a si e aos outros que a sua pessoa tem uma dignidade a estimar;
-

- 3) Não deve calar-se diante de palavras grosseiras ou qualquer acto menos delicado ou até violento; deve recusar tais faltas de respeito à sua dignidade enquanto pessoa;
- 4) Deve exigir respeito pelas suas convicções e memórias; elas fazem parte da sua história e da sua dignidade;
- 5) Não deve permitir que a tratem como se fosse uma criança;
- 6) Deve exigir privacidade, em especial em relação às suas coisas pessoais, cartas, diários, objectos de estimação;
- 7) Deve controlar bem a confiança que deposita nos seus familiares; talvez nem todos sejam confiáveis, mesmo que o pareçam;
- 8) Deve gerir as suas contas e os seus bens, ou saber com detalhe como estão a ser geridos;
- 9) Deve ter um grande cuidado ao assinar papéis; devendo ler primeiro e, em caso de dúvida, pedir a alguém de fora que leia alto;
- 10) Se tiver um feito um testamento, deve guardar segredo sobre o seu conteúdo;
- 11) Não deve desfazer-se em vida das suas posses, doando-as aos seus familiares; poderá precisar delas;
- 12) Não deve deixar de ter opinião própria, demitindo-se das decisões da família só porque envelheceu;
- 13) Deve pensar sempre no «porquê» das coisas desagradáveis que acontecem na família;

- 14) Deve fazer sempre alguma coisa para travar qualquer mau trato que lhe estejam a infligir;
- 15) Deve quebrar o silêncio, ele pode ser o seu maior inimigo;
- 16) Deve cultivar laços de amizade fora da sua família, em especial com outros familiares que não vivam na mesma casa;
- 17) Deve gritar por ajuda se for vítima de violência na sua própria casa.

RELATÓRIO DO PROCESSO DE APOIO/RELATÓRIO SOCIAL

É importante registar sempre as múltiplas informações, pertinentes e menos pertinentes, que vão surgindo no decorrer do processo de apoio à pessoa idosa vítima de crime e de violência.

O registo deve ser sistemático e claro – permitirá que se tenha sempre disponível um conhecimento básico da história do problema e da evolução do processo de apoio, sobre quem foram e têm sido os seus intervenientes (por exemplo, o psicólogo Diogo N.; o médico legista Francisco N.; a jurista Catarina N., etc.), quais os acontecimentos e suas datas (por exemplo, os exames médico-legais realizados a 12 de Outubro; audiência em tribunal a 2 de Maio, etc.), suas dificuldades e outros aspectos.

Estas informações são muito úteis sobretudo para elaborar e enviar relatórios a outras instituições e serviços envolvidos no processo (por exemplo, à polícia, ao médico de família, etc.) e que necessitam sempre de informação sobre a pessoa idosa e sobre o processo já em desenvolvimento. Possuindo informação prévia, os profissionais dessas instituições e serviços pode empreender um trabalho de maior qualidade, porque mais seguro, junto da pessoa idosa vítima, integrando-se no processo de apoio que tem vindo a ser desen-

volvido por outros profissionais anteriormente.

Por outro lado, o registo sistemático permite-nos nunca esquecer pormenores importantes, alguns deles aparentemente insignificantes no início do processo e descobertos como sendo muito pertinentes no final do mesmo, sobretudo quando conjugados com novas informações conseguidas sobre o problema.

O registo sistemático pode também ser uma excelente fonte de informação válida para enviar à polícia durante o decorrer da investigação criminal. A equipa de investigação criminal podem vir a usar algum pormenor até então desconhecido, de maneira a seguir pistas para apurar a verdade dos factos.

O registo sistemático, por fim, evita que, durante os sucessivos encaminhamentos da pessoa idosa de instituição para instituição (por exemplo, do hospital para a polícia, daqui aos serviços de apoio à vítima, etc.), esta tenha de repetir as mesmas informações, desgastando-se emocionalmente. Assim, se, quando chegar a determinada instituição, o profissional que os vai receber já possui informação previamente enviada pelo profissional da instituição anteriormente visitada.

Em cada instituição, geralmente, existe um protótipo de registo dos processos de apoio (por exemplo, ficha de atendimento; formulário de utentes; ficha médica, etc.), o qual usa cada profissional e aí fica sempre arquivado. Devemos, obviamente, usar este protótipo, de acordo com as regras internas da instituição em que trabalha.

No entanto, muitas vezes é necessário enviar relatórios a profissionais de outras instituições e serviços para este instrumento de trabalho não há, geralmente, um protótipo, pelo menos que seja comum.

Ao usar protótipos diferentes, alguns improvisados de profissional para profissional, mui-

tas informações podem ficar esquecidas ou mal organizadas no texto. Daí que seja, por vezes, um tanto difícil aos receptores da informação escrita compreender com clareza a situação. Devemos adoptar, em concordância com os outros profissionais da comunidade local, onde todos acordam sobre o uso de um só protótipo. Afinal, todos serão beneficiados pelo seu uso, já que as informações aparecerão organizadas de um modo padronizado. Pode tornar-se mais claro e rápido de compreender.

Na concepção desse protótipo, devemos ter em consideração que se trata de um instrumento de trabalho que, entre outras, deve respeitar as seguintes características:

- a) Ter coerência. No protótipo, todos os aspectos registados, dos mais pertinentes aos aparentemente menos relevantes, devem ser descritos com coerência, revelando adequada unidade e adequada correlação entre si. Devem identificar claramente os objectivos de cada diligência do processo de apoio, já realizada ou a realizar futuramente;
- b) Ter uma sequência lógica. O protótipo deve ter uma sequência lógica, um *fio condutor* no seu texto, acontecimento após acontecimento, ordenados cronologicamente; e ideia após ideia, ordenadas com encadeamento natural;
- c) Ter precisão e objectividade. O protótipo deve ter áreas temáticas distintas e, nelas, textos claros, compreensíveis, rigorosamente bem escritos do ponto de vista de correcção gramatical. Não deve haver dúvidas na sua leitura, ou interpretação dúbia;
- d) Ter flexibilidade. O protótipo deve ser, no entanto, flexível no preenchimento de cada área temática, indo sempre ao encontro das necessidades de informação específicas dos seus destinatários, até porque nem sempre é possível obter informação completa para preencher cada área na totalidade.

As áreas temáticas do protótipo devem ser principalmente estas:

1) Identificação da vítima. O protótipo deve conter um espaço a preencher pelo profissional, relativamente à identidade da vítima, em especial o seu nome, data e local de nascimento, morada e número de telefone, habilitações literárias, profissão;

2) Identificação dos familiares e/ou amigos da pessoa idosa. O protótipo deve conter um espaço para preencher pelo profissional, relativamente a cada um dos familiares e/ou amigos da vítima que o contactaram (por exemplo, o nome, morada e telefone, idade, actividade profissional, etc.);

3) Identificação dos crimes. O protótipo deve conter um espaço para o registo dos crimes, alegados ou suspeitados, que estiveram associados ao homicídio (por exemplo, violação, roubo, etc.);

4) Identificação do agressor (suspeito ou já condenado). O protótipo deve conter um espaço a preencher pelo profissional, relativamente à identidade do homicida, indicado se este é ainda apontado como suspeito pelas autoridades policiais; ou se já foi julgado e condenado a uma pena. Deve conter, em especial, o seu nome, data e local de nascimento, morada e número de telefone, habilitações literárias, profissão, relação que tinha com a vítima, etc.;

5) Apoio recebido pela pessoa idosa. O protótipo deve conter um espaço a preencher pelo profissional, relativamente ao apoio recebido pela pessoa idosa e em que instituições (por exemplo, apoio jurídico numa organização de apoio à vítima; apoio social nos serviços sociais da Câmara Municipal de X.), etc.;

6) Anotações gerais e contínuas sobre o processo de apoio. O protótipo deve conter um espaço a preencher pelo profissional, relativamente ao desenvolvimento do processo de luto ao longo do tempo, descrevendo, com detalhe pertinente, os vários atendimentos realizados (presenciais, telefónicos, por escrito).

A estas anotações deve o profissional juntar todos os documentos relativos ao processo de apoio (cópias ou originais. Por exemplo, fotografias da vítima, cópias de notificações, etc.). Estes documentos poderão ser muito úteis na compreensão do processo.

CONFIDENCIALIDADE E SEGURANÇA

De entre os aspectos mais importantes de um processo de apoio, merecem referência especial as questões relacionadas com a confidencialidade e com a segurança.

O dever de confidencialidade num processo de apoio decorre de três vectores que os profissionais não devem esquecer:

- 1) Estamos a trabalhar com pessoas em estado de sofrimento, devendo-lhes o máximo respeito diante da situação delicada, muitas vezes íntima, que nos é apresentada;
- 2) Devemos, normalmente, respeito a uma ética profissional ou a um código deontológico da nossa profissão, que consagra o conceito de segredo profissional;
- 3) Devemos ter em atenção que qualquer fuga de informação, deliberada ou acidental, poderá simultaneamente fazer perigar toda a intervenção que se está a desenvolver e colocar em risco a integridade física, e até mesmo a vida, ou os bens patrimoniais das pessoas que estamos a apoiar, bem como, em vários casos, dos seus familiares e/ou amigos e, igualmente dos nossos colegas de trabalho e dos familiares e/ou amigos destes.

Manter a confidencialidade dos processos de apoio é condição imprescindível para o atendimento adequado às pessoas idosas vítimas de crime e de violência. É a cada profis-

sional que compete velar por aquela, impondo prudência tanto no seu próprio comportamento como no das próprias pessoas idosas.

Para que mantenhamos fidelidade a esta condição é necessário que, no quotidiano, tenhamos especiais cuidados no contacto com terceiros, para os quais não pode deixar transparecer informações acerca do processo de apoio sem a sua prévia autorização da própria pessoa idosa. Destes terceiros, além daqueles a quem a pessoa idosa expressamente autorizou a cedência de informações, exceptuam-se os profissionais das instituições implicadas no mesmo processo de apoio (rede de cooperação institucional).

É necessário que tenhamos bem presente a perigosidade em que podemos precipitar o processo de apoio ao não salvaguardar a confidencialidade.

Podemos ter em atenção certos procedimentos, através dos quais podemos manter a confidencialidade do processo de apoio.

Assim, no nosso gabinete/local de trabalho, devemos:

- a) Manter toda a documentação relativa a processos de apoio encerrada em armários equipados com fechadura;
- b) Impedir que esta documentação, ou cópias, saia do nosso gabinete/local de trabalho;
- c) Não deixar esta documentação exposta em locais de frequência das próprias pessoas idosas;
- d) Assegurar a privacidade da pessoa idosa durante o próprio atendimento;
- e) Não permitir que o espaço do nosso gabinete/local de trabalho seja fotografado

ou filmado enquanto ali estiverem pessoas idosas e/ou seus familiares e/ou amigos;

f) Não falar do processo de apoio nas zonas de espera e/ou presença de terceiros e/ou das pessoas idosas.

Fora do nosso gabinete/local de trabalho:

- 1) Não nos identificarmos em público como profissional que presta apoio a pessoas idosas vítimas de crime e de violência;
- 2) Não utilizarmos o nosso veículo pessoal em determinadas diligências relacionadas com processos de apoio, designadamente o transporte de pessoas idosas vítimas;
- 3) Não fornecermos às próprias pessoas idosas quaisquer informações sobre a nossa vida pessoal ou dos nossos colegas no âmbito do processo de apoio (por exemplo, dar o número de telefone de nossa casa, comentar onde moramos, que locais costumamos frequentar);
- 4) Evitarmos usar o nosso apelido nos processos de apoio, especialmente ao telefone;
- 5) Não discutirmos processos de apoio com familiares e/ou amigos e conhecidos, ou em público com outros profissionais, ainda que omitindo nomes e lugares;
- 6) Não abordarmos processos de apoio na Comunicação Social ou em encontros (colóquios, congressos, etc.) sem a prévia autorização do nosso coordenador/superior hierárquico;
- 7) Evitarmos fornecer exemplos pormenorizados do nosso trabalho com histórias de vida e processos de apoio recentes, mesmo ocultando nomes de pessoas e lugares;

8) Não encaminharmos jornalistas ou investigadores para pessoas idosas que foram ou são vítimas de crime e de violência sem o seu consentimento prévio e sem as alertar antes para os cuidados a ter no que toca à preservação da sua privacidade.

Ao telefone, temos que ter presente que as mensagens ou os próprios telefonemas podem ser interceptados pelos agressores, o que poderá conduzir ao agravamento do processo de vitimação, pelo que devemos adoptar os seguintes procedimentos:

- a) Não telefonar à pessoa idosa sem o seu prévio consentimento ou sugestão;
- b) Utilizar um telefone cujo número seja confidencial, de modo a não deixar número registado;
- c) Caso o telefonema não seja atendido pela pessoa idosa, não desligar, fingindo antes que foi engano, de forma a não levantar suspeitas;
- d) Não deixar mensagens em atendedor de chamadas automático, mesmo em atendedores de telemóveis;
- e) Não fornecer quaisquer informações a terceiros (salvo profissionais de outras instituições) que nos telefonem, mesmo que se identifiquem como familiares ou amigos do/a utente e refiram ter autorização deste para o fazer, sem a pessoa idosa o ter mencionado. Nem sequer devemos confirmar ou infirmar a existência de determinado processo de apoio, podendo apenas anotar a identificação do interlocutor e referi-lo posteriormente à pessoa idosa vítima.

Quando estamos com a pessoa idosa vítima de crime e de violência, devemos ajudá-la a guardar a confidencialidade sobre o seu próprio processo de apoio, sobretudo nos casos em que coabite com o agressor:

- 1) Ajudar a estabelecer os dias e horas em que não é arriscado vir até à nossa instituição ou serviço;
- 2) Ajudar a formular um eventual pretexto para apresentar ao agressor se, por qualquer motivo extraordinário, este regressar a casa antes da chegada da pessoa idosa;
- 3) Aconselhar a nunca proferir o nome das instituições ou serviços, ou dos profissionais que a estão a apoiar;
- 4) Recomendar precaução em relação a objectos denunciadores ou suspeitos (como, por exemplo, cartões da instituição, números de telefone na agenda, etc.), sendo necessário que estes sejam devidamente ocultados em locais da casa insuspeitos ou, de preferência, em casa de familiares ou amigos;
- 5) Ajudar a pessoa idosa a reflectir sobre quem escolher, de entre familiares e amigos, para confidenciar a sua situação e o processo de apoio, pois estes podem nem sempre ser inteiramente de confiança;
- 6) Definir com a pessoa idosa as precauções a ter na utilização do seu próprio telefone: no caso de ser um telefone de rede fixa, deve não só ter o cuidado de telefonar apenas quando o agressor não estiver em casa, mas também de prevenir (não efectuando determinadas chamadas deste telefone) a possibilidade de este vir a solicitar uma factura detalhada. O telemóvel também pode ser pouco preservador da confidencialidade, pois o agressor pode consultar todas as chamadas que a pessoa idosa vítima fez e recebeu, pelo que convém que estes registos sejam apagados da memória do aparelho. Por vezes é preferível que a pessoa idosa use um telefone público ou de algum familiar ou amigo, de preferência vizinhos, para onde possamos telefonar, evitando também despesas por parte da vítima;

7) Quando sentirmos que estamos a ser perseguidos, devemos mudar de percurso e/ou procurar um local onde haja outras pessoas.

Há ocasiões em que nos deparamos com o agressor da pessoa idosa. Que faremos para manter a confidencialidade e manter a segurança?

Normalmente os autores dos crimes não se identificam como tal. O autor do crime pode apresentar-se como vítima, ou como familiar/amigo da vítima ou até como profissional de uma instituição (por exemplo, ao telefone). Logo, é conveniente estarmos atento e não fornecer quaisquer informações relativamente a determinado processo de apoio, nem sequer confirmar se determinada pessoa está ou não a ser apoiada por nós enquanto vítima de crime e de violência.

Devemos ter em atenção:

- a) Que, se o agressor se revelar realmente perigoso, devemos solicitar apoio policial (tendo o contacto telefónico da Polícia num local visível);
- b) Que, se for o agressor começar a ser violento, devemos seguir os procedimentos referidos de seguida.

TRABALHAR SEMPRE EM COLABORAÇÃO

Devemos trabalhar sempre em colaboração constante com outros profissionais, de outras instituições e serviços, para desenvolver adequadamente o processo de apoio à pessoa idosa vítima de crime e de violência. Só assim, o processo pode desenvolver-se de forma eficiente e com a qualidade desejável.

Deste modo, deve desenvolver parcerias na comunidade local. A existência de parcerias facilitará todo o nosso trabalho e poderá responder às necessidades, ao nível da obtenção de bens e serviços necessários à resolução do problema.

Para desenvolver parcerias, devemos:

- 1) Facilitar. Devemos facilitar e tornar eficaz em cada pormenor a comunicação e a relação satisfatória entre os vários profissionais dos outros serviços e instituições;
- 2) Negociar. Devemos criar espaços e pontos de encontro entre os vários profissionais, tentando encontrar aspectos positivos e mecanismos de equilíbrio entre os interesses e as vontades;
- 3) Dinamizar. Devemos dar visibilidade e delimitar a compreensão dos problemas, mobilizando os vários profissionais para resolução comum destes.

Assim, actuaremos positivamente sobre determinados problemas que afectam, geralmente, o trabalho conjunto das diversas instituições:

- a) Formalidade. Devemos diminuir os efeitos negativos de uma excessiva formalidade no contacto diário entre as instituições (por exemplo, excesso de trâmites burocráticos e de inacessibilidade à fala com profissionais, etc.), pois esta pode ser prejudicial ao processo de apoio ao nível da rapidez e da eficácia na resolução do problema;
- b) Tempo. Devemos rentabilizar o tempo que tem disponível para cumprir determinada exigência do processo (por exemplo, o encaminhamento urgente para os serviços médico legais; ou o envio de um relatório no prazo de uma hora para a polícia, etc.), sem atrasar ou prejudicar o trabalho de outros serviços e instituições;

c) Falta de sentido prático. Deve ter uma visão prática das exigências do processo de apoio ao nível do contacto com outras instituições;

d) Falta de gentileza no trato. Devemos ser gentis com todos os profissionais com quem contactamos no âmbito do processo de apoio (por exemplo, ao telefone, pessoalmente, por carta, etc.);

e) Maus entendimentos. Devemos evitar maus entendimentos das suas mensagens ou solicitações por parte de outros profissionais, pois estes podem criar constrangimentos na relação e prejuízos consideráveis ao nível do processo de apoio;

f) Insuficiências de comunicação. Devemos evitar a insuficiência de informações partilhadas com profissionais de outras instituições ou serviços, pois esta pode limitar ou atrasar o seu trabalho no processo de apoio (por exemplo, se o profissional Alberto D. enviar ao profissional João H. um relatório descuidado, omissos ou pouco claro, este não disporá de muitas informações válidas para trabalhar no processo, etc.);

g) Falta de visão global. Devemos evitar a falta de uma visão global de um processo de apoio. Isto é, devemos evitar ter uma percepção redutora da intervenção, sem sair dos limites do seu próprio serviço ou instituição. Devemos, antes, considerar imprescindível a participação activa de outros profissionais exteriores ao seu serviço ou instituição, convocando-os para tal;

h) Isolamento. Devemos não compactuar com uma determinada *cultura do isolamento* praticada por certas instituições e serviços, empenhando-se em conhecer e empreender trabalho conjunto com profissionais exteriores aos mesmos;

i) Competição Negativa. Devemos não compactuar com uma determinada *cultura da competição negativa* praticada por instituições e serviços; e conhecer e em-

preender trabalho conjunto com profissionais exteriores aos mesmos, sem tentar destacar as nossas competências;

j) Falta de contacto personalizado. Devemos, por fim, contactar pessoalmente com os profissionais de outras instituições e serviços, visitando e reunindo com estes para empreender uma relação mais informal e desprendida, que permita tornar mais fáceis as diligências dos processos de apoio que tenham em comum.

Não estaremos, então, sós. O nosso trabalho conhecerá maior expansão e eficácia; e, seguramente, melhores resultados junto das pessoas idosas vítimas de crime e de violência.



.....

.....

BIBLIOGRAFIA

ALEXANDRE FERNANDES, Ana, 1997, *Velhice e Sociedade*, Oeiras, Celta Editora;

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE APOIO À VÍTIMA (APAV), 1999, *Manual TÍTONO. Para o Atendimento de Pessoas Idosas Vítimas de Violência*, Lisboa, APAV;

BARROS DE OLIVEIRA, José, 2005, *Psicologia do Envelhecimento e do Idoso*, Porto, Legis Editora/Lippsic;

DA LUZ DIAS FERNANDES CUSTÓDIO DOS SANTOS, Purificação, 2000, *A Depressão no Idoso. Estudo da Relação Entre Factores Pessoais e Situacionais e Manifestações da Depressão*, Coimbra, Edições Quarteto;

DE PAULA FALEIROS, Vicente, 1971, *Metodologia do Diagnóstico Social*, Brasília, Coordenada – Editora de Brasília;

DIAS, Isabel, 2004, *Violência na Família. Uma Abordagem Sociológica*, Porto, Edições Afrontamento;

DIRECÇÃO-GERAL DE ACÇÃO SOCIAL, 2004, *Actas do Seminário de Encerramento do Ano Internacional das Pessoas Idosas, Auditório da Associação Industrial Portuguesa, Parque das Nações, 24 e 25 de Janeiro de 2000, Comunicações e Outra Documentação*, Lisboa, Abril de 2004, Direcção-Geral da Acção Social/Núcleo de Documentação Técnica e Divulgação (Eds.);

DOMINELLI, Lena, 2004, «Social Work Interventions With Older People», in *Social Work. Theory and Practice for a Changing Profession*, Cambridge, Polity Press;

FERREIRA DA SILVA, Luísa, 2001, *Intervenção Psico-Social*, Lisboa, Universidade Aberta;

FONTAINE, Roger, 2000, *Psicologia do Envelhecimento* (1.ª ed.), Lisboa, Climepsi Editores;

.....

HENRÍQUEZ, Alfredo (Org.); NETTO, José Paulo; BARROCO, Maria Lúcia; JACQUES, Carlos; CABRAL, Jorge; BRITES, Cristina Maria, 2001, *Serviço Social. Ética, Deontologia e Projectos Profissionais*, Lisboa, Madrid e São Paulo, Centro Português de Investigação em História e Trabalho Social (CPIHTS);
HOGART, J., 1977, *Vocabulaire de la Santé Publique*, Organização Mundial de Saúde (OMS);

INSTITUTO PARA O DESENVOLVIMENTO SOCIAL, 2002, *Prevenção da Violência Institucional Perante as Pessoas Idosas e Pessoas em Situação de Dependência*, Lisboa, Instituto para o Desenvolvimento Social, Ministério da Segurança Social e do Trabalho;

INSTITUTO DE SEGURANÇA SOCIAL, IP, 2009, *Guia Prático. Respostas Sociais – População Adulta – Pessoas Vítimas de Violência Doméstica*, Lisboa, Instituto de Segurança Social, IP;

INSTITUTO DE SEGURANÇA SOCIAL, IP, 2009, *Guia Prático. Respostas Sociais – População Adulta – Pessoas Idosas*, Lisboa, Instituto de Segurança Social, IP;

MINAYO, M. C., 2003, *Violência Contra Idosos: Relevância Para Um Velho Problema*, CAD Saúde Pública, 2003, Maio-Junho, 19 (3): 783-91;

MOYA BERNAL, A. & BARBERO GUTIÉRREZ, J. (coord.), 2005, *Malos tratos a personas mayores. Guía de actuación*, Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad;

MINISTÉRIO DA SAÚDE [DO BRASIL], SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE, 2008, *Guia Prático do Cuidador*, Série A – Normas e Manuais Técnicos, Brasília;

NÓBREGA PESTANA, Nuno, 2003, *Trabalhadores Mais Velhos: Políticas Públicas e Práticas Empresariais. Contributos Para Uma Política Nacional do Envelhecimento Activo*, Lisboa,

.....

.....

Direcção-Geral do Emprego e das Relações de Trabalho, Ministério da Segurança Social e do Trabalho (MTST)

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS), 2002, *Relatório Mundial Sobre Violência e Saúde*, págs. 1-42;

PAÚL, Maria Constança, 1997, *Lá para o Fim da Vida. Idosos, Família e Meio Ambiente*, Coimbra, Edições Almedina;

KLEINSCHMIDT, K. D., 1997, *Elder Abuse: a Review*, Ann Emerg Med 1997 Oct; 30 (4): 463-72;

PATTERSON, C., 1994, «Secondary Prevention of Elder Abuse», Canadian Task Force on the Periodic Health Examination, Ottawa, Health Canada;

PERISTA, Heloísa & BAPTISTA, Isabel (eds.), 2007, *Breaking the Taboo. Violência Contra Mulheres Idosas em Contexto Familiar: Reconhecer e Agir*, Lisboa, Centro de Estudos para a Intervenção Social;

PRITCHARD, J. (ed.), *Elder Abuse Work Best Practice in Britain and Canada*, Londres, Jessica Kingsley Publishers;

TARATA, T., 1993, «Understanding the Nature and Scope of Domestic Elder Abuse», in BRUBAKER (ed.), *Family Relationships in Later Life*, Beverly Hills, CA: Sage Publications;

VICENTE, Ana; LAMEIRÃO ALVAREZ, Dora; CADETE, Maria Helena; QUINTELA, Maria João; LOPES, Michelle; CORDEIRO, Pedro, 2005, *Manual de Boas Práticas. Um Guia para o Acolhimento Residencial das Pessoas Mais Velhas. Para Dirigentes, Profissionais, Residentes e Familiares*, Grupo de Coordenação do Plano de Auditoria Social/CID- Crianças, Idosos e Deficientes – Cidadania, Instituições e Direitos, Instituto da Segurança Social, IP.

.....

